



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN FAKTOR INDIVIDU DAN ORGANISASI DENGAN  
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN  
PEDOMAN *PATIENT SAFETY*  
DI RSAB HARAPAN KITA  
JAKARTA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

**CHRISTINA ANUGRAHINI  
0806446044**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM PASKA SARJANA  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2010**

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata melakukan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta, 13 Juli 2010

Christina Anugrahini



## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Christina Anugrahini**

**NPM : 0806446044**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 13 Juli 2010**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Christina Anugrahini  
NPM : 0806446044  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Hubungan Faktor Individu dan Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App., Sc., PhD (.....)

Pembimbing II : Mustikasari, SKp., MARS (.....)

Penguji : Ria Utami Panjaitan, SKp., MKep (.....)

Penguji : Luky Dwiantoro, SKp., MKep (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 13 Juli 2010



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah Bapa Tritunggal, atas rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta”. Dalam menyusun tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dewi Irawaty, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas fasilitas, sarana, dan prasarana yang telah diberikan sehingga penulis mampu menyelesaikan tesis ini;
2. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc, selaku Ketua Program Studi Pascasarjana dan Koordinator MA Tesis FIK UI yang telah memberikan kesempatan pada peneliti untuk menyusun tesis ini;
3. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, Ph.D, selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan perhatiannya kepada penulis;
4. Mustikasari, SKp., MARS, selaku Pembimbing II yang telah banyak membantu dalam penyusunan tesis ini;
5. Dosen dan seluruh staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan dan penyusunan tesis ini;
6. dr. Hermin Widjayati Moeryono. Sp.A, selaku Direktur RSAB Harapan Kita Jakarta yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut;
7. Nyoman Partini, SKp., M.Kes, selaku Kepala Bidang Perawatan RSAB Harapan Kita Jakarta beserta staf bidang keperawatan yang telah memberikan dukungan motivasi dan kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut;
8. Kedua orang tuaku Bapak Supanggiyo dan Ibu Hariningsih, Mas Mesah Nur Sejati, Adek Sarjono Wibowo, Raharjo dan Prayogo, yang tiada berhenti berdoa dan memberikan dukungan untuk keberhasilan saya;

9. Ns. Pius A. L. Berek, SKep. Calon suami tercinta yang dengan penuh kesabaran memberikan dukungan, motivasi dan berdoa untuk keberhasilan saya dalam penyusunan tesis ini;
10. Pakdhe Rahmono Adi Sekeluarga dan Om Markoto Sekeluarga yang selalu memberi dukungan dan Doa dalam menyelesaikan studi ini;
11. Keluarga besar Bapak Frans Fetomolae (Alm) dan Mama Dominina, serta Kakak Centis sekeluarga, Kakak Bouk (Alm) sekeluarga, Kakak Pit sekeluarga, Kakak Merry sekeluarga, Kakak Mina sekeluarga dan Kakak Fat sekeluarga, yang selalu tekun dalam doa untuk mendukung saya dalam menyelesaikan studi ini;
12. Kepala Ruangan dan *Clinical Instruction* di Ruang Rawat Inap RSAB Harapan Kita Jakarta, serta semua responden yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dalam kolom ini. Keterlibatanmu semua sangat membantu saya dalam menyelesaikan tugas yang sangat berat ini. Tanpa kalian, saya tidak ada apa-apanya;
13. Teman – teman Magister Keperawatan Angkatan 2008, yang saling membantu, memotivasi dan mendukung dalam penyusunan tesis ini; dan
14. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Selanjutnya, demi kesempurnaan tesis ini, peneliti mengharapkan masukan berupa saran dan kritik yang bersifat membangun. Kiranya Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita. Amin.

Depok, 13 Juli 2010

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Christina Anugrahini  
NPM : 0806446044  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengambil media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 13 Juli 2010  
Yang Menyatakan

**(Christina Anugrahini)**

## ABSTRAK

Nama : Christina Anugrahini  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan Faktor Individu dan Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

Penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Desain penelitian korelasi deskriptif dengan *cross sectional*. Sampel 144 perawat. Analisis data *chi square*, uji T independen dan regresi logistik. Hasil penelitian ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara usia, tingkat pendidikan, masa kerja, kepemimpinan, struktur organisasi, desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Variabel yang dominan adalah desain kerja ( $p$  value = 0,000; OR= 35,897). Saran: agar pihak manajer rumah sakit mempertahankan dan meningkatkan desain kerja yang baik guna mencapai kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* untuk mencapai keselamatan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: faktor individu, faktor organisasi, kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

## ABSTRACT

Name : Christina Anugrahini  
Study Program : Faculty of Nursing  
Title : Individual Factors and Organizational Relationships with the Compliance of Nurses in Implementing Patient Safety Guidelines in RSAB Harapan Kita Jakarta.

This study is to determine the relationship between individual and organizational factors on adherence of nurses in implementing patient safety guidelines in RSAB Harapan Kita Jakarta. Descriptive study with cross sectional correlation design. The sample of 144 nurses. Data analysis Chi square test, independent t test and logistic regression. Results found significant relationship between age, educational level, years of service, leadership, organizational structure, job design to the compliance of nurses in implementing patient safety guidelines. Dominant variable is the design of work ( $p = 0.000$ , OR = 35.897). Suggestion: that the hospital managers to maintain and enhance good evil design to achieve compliance with the nurse in implementing patient safety guidelines to achieve patient safety in hospitals.

Key Words: individual factors, organizational factors, compliance of nurses in implementing *patient safety* guidelines.

# DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....	vii
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR DIAGRAM .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Kepatuhan menerapkan <i>patient safety</i> .....	12
2.1.1 Kepatuhan .....	12
2.1.2 <i>Patient safety</i> .....	15
2.2 Faktor Kepatuhan .....	34
2.2.1 Faktor Individu .....	34
2.2.2 Faktor Organisasi .....	38
2.2.3 Faktor Psikologi .....	43
<b>3. KERANGKA KONSEP</b>	
3.1 Kerangka konsep.....	49
3.2 Hipotesis .....	50
3.3 Definisi Operasional .....	52
<b>4. METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	58
4.2 Populasi dan Sampel .....	58
4.3 Tempat Penelitian .....	60
4.4 Waktu Penelitian .....	60
4.5 Etika Penelitian .....	60
4.6 Alat Pengumpulan Data .....	63
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	69
4.8 Pengolahan dan Analisa Data .....	70

<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Analisis Univariat .....	76
5.1.1 Faktor Individu .....	76
5.1.2 Faktor Organisasi .....	78
5.1.3 Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient safety</i> .....	78
5.2 Analisis Bivariat .....	79
5.2.1 Hubungan Faktor Individu dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient safety</i> .....	79
5.2.2 Hubungan Faktor Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient safety</i> .....	81
5.3 Analisis Multivariat .....	84
<b>6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	87
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	101
6.3 Implikasi Hasil Penelitian .....	101
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan .....	106
7.2 Saran .....	108
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian .....	53
Tabel 4.1	Kisi – Kisi Kuesioner Faktor Organisasi .....	64
Tabel 4.2	Kisi – Kisi Kuesioner Kepatuhan Perawat Dalam Penerapan <i>Patient Safety</i> .....	66
Tabel 4.3	Hasil Uji Validitas Dan Reabilitas Kuesioner Penelitian .....	68
Tabel 4.4	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Hubungan Faktor Individu Dan Organisasi Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient Safety</i> .....	72
Tabel 5.1	Distribusi Rata-Rata Responden Menurut Umur Dan Masa Kerja Perawat Pelaksana Di RSAB Harapan Kita Jakarta .....	76
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Dan Status Perkawinan Perawat Pelaksana Di RSAB Harapan Kita Jakarta .....	77
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kepemimpinan, Struktur Organisasi, Imbalan, Dan Desain Kerja Yang Dipersepsikan Oleh Perawat Pelaksana Di RSAB Harapan Kita Jakarta .....	78
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient Safety</i> Yang Dipersepsikan Oleh Perawat Pelaksana Di RSAB Harapan Kita Jakarta .....	78
Tabel 5.5	Hubungan Faktor Individu (Usia Dan Lama Kerja) Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient Safety</i> Di Rsab Harapan Kita .....	79
Tabel 5.6	Hubungan Faktor Individu (Tingkat Pendidikan Dan Status Perkawinan) Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient Safety</i> Di RSAB Harapan Kita Jakarta .....	80
Tabel 5.7	Hubungan Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Struktur Organisasi, Imbalan Dan Desain Kerja) Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient Safety</i> Di RSAB Harapan Kita Jakarta .....	82
Tabel 5.8	Hasil Analisis Bivariat Variabel Faktor Individu, Faktor Organisasi Dan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman <i>Patient Safety</i> Di Instalasi Rawat Inap RSAB Harapan Kita Jakarta .....	84
Tabel 5.9	Hasil Analisis Regresi Logistik (Pertama) .....	85
Tabel 5.10	Hasil Analisis Regresi Logistik (Tahap Akhir) .....	86

## DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 1.1 Cakupan Perilaku Penolakan Individu .....	14
Diagram 1.2 Struktur Organisasi Unit/Tim Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit .....	42
Diagram 2.2 Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman Patient Safety .....	47
Diagram 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	50





## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner A
- Lampiran 2 Kuesioner B
- Lampiran 3 Kuesioner C
- Lampiran 4 Surat Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6 Jadwal Penelitian
- Lampiran 7 Surat Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 8 Surat Keterangan Ijin Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 9 Surat Persetujuan Uji Coba Instrumen
- Lampiran 10 Surat Persetujuan Ijin Penelitian
- Lampiran 11 Surat Lolos Uji Etik Penelitian
- Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Bab ini membahas mengenai latar belakang dilakukan penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian serta manfaat penelitian.

#### **1.1 Latar Belakang**

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pada era globalisasi dibidang kesehatan sangatlah pesat, sehingga menimbulkan peluang sekaligus tantangan meningkatnya mutu pelayanan di rumah sakit. Banyak pihak berlomba-lomba untuk mendapatkan yang terbaik dari dampak era globalisasi tersebut. Suasana persaingan mulai tercipta untuk selalu memberikan yang terbaik. Salah satu bukti persaingan tersebut dapat dicermati dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Persaingan antar rumah sakit merupakan faktor eksternal yang berpengaruh pada manajemen rumah sakit. Hal ini perlu diperhatikan oleh pihak manajemen rumah sakit karena tuntutan masyarakat semakin meningkat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas.

Pelayanan kesehatan berkualitas perlu ditunjang dengan pelayanan keperawatan yang berkualitas, karena pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam menentukan kualitas pelayanan keperawatan dan citra rumah sakit karena 90% pelayanan kesehatan di rumah sakit diberikan oleh perawat (Huber, 2006). Pelayanan keperawatan turut berkontribusi dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan oleh perawat dalam suatu rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Mutu pelayanan keperawatan merupakan komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada pasien (Yanmed Depkes-

RI, 2008). Pada tahun 1994, *American Nurse Association* (ANA) memperkenalkan keselamatan pasien, untuk menilai hubungan antara staf keperawatan dengan kualitas pelayanan. Salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan adalah keselamatan pasien.

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (KKP-RS, 2008). Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (KKP-RS). Hal ini menjadi salah satu indikator penting dalam standar pelayanan kesehatan – keperawatan, karena dengan diterapkan sistem *patient safety* dengan baik, maka dapat diukur kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan adalah tujuan keselamatan pasien di rumah sakit (Depkes-RI, 2008).

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) telah membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada tanggal 1 Juni 2005. Selanjutnya Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini kemudian dicanangkan oleh Menteri Kesehatan pada Seminar Nasional PERSI pada tanggal 21 Agustus 2005, di Jakarta Convention Center. KKP-RS telah menyusun panduan tujuh langkah menuju keselamatan pasien bagi staf RS untuk mengimplementasikan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Pada tahun 2006 tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit dijadikan sebagai instrument akreditasi keselamatan pasien. Pada bulan september 2006 sampai dengan agustus 2007 terdapat pelaporan kejadian dari berbagai rumah sakit ke KKP-RS. Menindaklanjuti hal ini *World Health Organization* (WHO) *Collaborating Centre for Patient Safety* bersama dengan Depkes pada tanggal 2 mei 2007 resmi menerbitkan sembilan solusi *Life-Saving* rumah sakit, dan dijadikan sebagai instrument akreditasi keselamatan rumah sakit. Instrument

akreditasi rumah sakit menjadi 17 pelayanan karena ditambahkan dengan standar *patient safety*. Panduan yang bermanfaat dan membantu rumah sakit dalam menerapkan standar pedoman *patient safety* yaitu sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit. Meningkatnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), diharapkan solusi keselamatan pasien dilakukan dengan mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien dan menghindari KTD. KKP-RS mendorong setiap rumah sakit untuk menerapkan sembilan solusi baik secara langsung maupun bertahap hal ini juga disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi rumah sakit tersebut.

Sembilan solusi keselamatan pasien meliputi: perhatikan nama obat; rupa dan ucapan yang mirip; pastikan identitas pasien; komunikasi secara benar saat serah terima pasien; pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar; kendalikan cairan elektrolit pekat; pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan; hindari salah kateter dan salah sambung selang; gunakan alat injeksi sekali pakai dan tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial (WHO, 2007). Sembilan solusi keselamatan pasien merupakan panduan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Asuhan keperawatan pada pasien akan tercapai jika perawat taat dan patuh dalam penerapan pedoman *patient safety*.

Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* dalam asuhan keperawatan di RS mencerminkan kinerja perawat dan dapat dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologis (Gibson, 1997). Faktor individu terdiri atas kemampuan dan keterampilan, latar belakang pribadi, dan faktor demografi. Kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja individu, termasuk bagaimana penerapan *patient safety*. Kemampuan ialah sifat yang dibawa lahir atau dipelajari yang memungkinkan seseorang menyelesaikan pekerjaannya (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996). Keterampilan adalah kecakapan

yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh seseorang pada waktu yang tepat (Gibson, Ivancevich & Donelly, 1996). Kemampuan dan keterampilan adalah faktor utama dalam perilaku dan prestasi individu. Sedangkan faktor demografi mempunyai pengaruh yang tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Karakteristik demografi merupakan hal yang penting diketahui oleh pimpinan atau seorang dalam memotivasi dan meningkatkan kinerjanya.

Faktor psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Faktor psikologi tidak diteliti karena variabel psikologik merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Sangat sulit untuk mencapai kesepakatan tentang pengertian dari berbagai variabel tersebut, karena sikap individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja yang berbeda satu dengan lainnya baik dari segi usia, etnis, latar belakang budaya, maupun keterampilan (Gibson, 1997).

Faktor organisasi menurut Gibson (1997), terdiri atas variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan. Organisasi merupakan salah satu fungsi dari proses manajemen. Organisasi adalah suatu sistem perserikatan formal dari dua orang atau lebih yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu (Hasibuan, 2007). Suasana ini tercipta melalui pengelolaan faktor-faktor organisasi dalam bentuk pengaturan sistem imbalan, struktur, desain pekerjaan, serta pemeliharaan komunikasi melalui praktek kepemimpinan yang mendorong rasa saling percaya. Sehingga kepatuhan perawat terhadap penerapan keselamatan pasien meningkat.

Sistem keselamatan pasien di rumah sakit merupakan suatu proses dalam pemberian pelayanan yang lebih aman terhadap pasien yang terdiri atas identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden,

menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir risiko. Sistem ini membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf untuk komit dan fokus pada keselamatan pasien, integrasi manajemen risiko, sistem pelaporan di rumah sakit, komunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman keselamatan pasien dan cegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien.

Maryam, (2009) mengemukakan bahwa 74,1% pasien merasa puas dengan penerapan tindakan keselamatan yang dilakukan perawat pelaksana di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pada tahun 2000 Institute of Medicine di Amerika Serikat menerbitkan laporan '*TO ERR IS HUMAN*', *Building a Safer Health System*, yang artinya untuk mencegah kesalahan yaitu membangun kesehatan yang lebih aman. Hal ini terkait hasil penelitian di rumah sakit menurut WHO (2004) dalam Rapat Pleno Persi dan KKP-RS (2005) yakni di ruang perawatan akut pada tahun 1992 di Utah dan Colorado dari 14.565 jumlah pasien yang masuk di rumah sakit terdapat 475 angka kejadian tidak diharapkan. Sedangkan di New York KTD ditemukan 1133 dari 30.195 jumlah pasien yang masuk di rumah sakit. Di negara Australia menurut Quality in Australian Health Care Study (QAHC) dari 14.179 jumlah pasien yang masuk di rumah sakit didapatkan 2353 KTD. Pada tahun 1999 sampai dengan 2000 di UK dari 1.014 jumlah pasien yang masuk di rumah sakit terdapat 119 KTD. Di Indonesia menurut data kasus dugaan malpraktik yang sudah dilaporkan pada tahun 2004 sampai dengan 2005 menurut Nadapdap terdapat 46 kasus. Uraian data tersebut diberbagai Negara mendorong segera dilakukannya penelitian dan pengembangan sistem keselamatan pasien (Depkes-RI, 2008). Kebijakan ini diterapkan diberbagai rumah sakit termasuk RSAB.

RSAB Harapan Kita termasuk rumah sakit yang diubah statusnya dari Perjan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) sesuai dengan ditetapkannya Peraturan Pemerintah (PP) No. 23 Tahun 2005. Penerapan *patient safety* semakin ditingkatkan khususnya pada rumah sakit yang

telah menjadi BLU. Rumah Sakit Anak & Bunda – Harapan Kita-Jakarta adalah salah satu rumah sakit yang mempunyai visi sebagai rumah sakit profesional bermutu internasional tahun 2010 dan misi memberikan pelayanan kesehatan kelas dunia untuk ibu dan anak dalam konteks keluarga secara professional dengan kepuasan pelanggan sebagai komitmen bersama.

Hasil studi pendahuluan didapatkan jumlah tenaga perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta pada tahun 2010 berjumlah 478 perawat. Perawat di ruang rawat inap berjumlah 183 perawat yang terdiri dari 6 orang laki – laki dan 174 orang perempuan. Pegawai kerja waktu tertentu (PKWT) sebanyak 11 orang. Perawat yang berlatar belakang pendidikan sarjana (S1) sebanyak 11 orang, DIII sebanyak 127 orang dan SPK sebanyak 45 orang. Banyaknya perawat dan pendidikan yang bervariasi, merupakan hal yang beresiko untuk terjadinya kesalahan yang dapat merugikan pasien bahkan dapat berakibat fatal.

Berdasarkan rekapitulasi hasil observasi pada dua tahun terakhir yaitu pada tahun 2008 angka kejadian dekubitus sebanyak 6 kali, terbanyak terjadi pada bulan April yaitu dua kali kejadian dekubitus. Angka kejadian plebitis pada tahun 2008 sebanyak 6 kali, terbanyak pada bulan September yaitu 2 kali. Selanjutnya pada tahun 2009 angka kejadian dekubitus sebanyak 5 kali, terbanyak pada bulan Maret yaitu 3 kali kejadian. Angka kejadian plebitis pada tahun 2009 sebanyak 58 kali kejadian terbanyak pada bulan Mei dan September masing – masing 10 kali kejadian. Di dapatkan juga pada bulan Pebruari 2009 terdapat 0,1% infeksi luka operasi (ILO) dan masih ditemukan KTD pada tahun 2009 di RSAB Harapan Kita Jakarta. Dalam konteks indikator klinik mutu pelayanan keperawatan dan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (KKP-RS, 2008) menjelaskan bahwa jumlah kejadian dekubitus, infeksi jarum infus, infeksi luka operasi dan KTD, merupakan suatu hal yang tidak boleh ada, karena hal ini dapat memberikan dampak negatif bagi pasien. Proses pelaporan

penanganan KTD di RSAB Harapan Kita Jakarta dengan menggunakan pedoman dari komite keselamatan pasien rumah sakit (KKP-RS). Setelah ditemukan KTD lalu tim komite *patient safety* melakukan identifikasi masalah dan membuat laporan insiden RS secara *internal* dan *eksternal*. Laporan insidensi rumah sakit atau internal yaitu pelaporan secara tertulis tentang setiap kejadian nyaris cedera (KNC) atau KTD yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga pengunjung maupun karyawan yang terjadi dirumah sakit. Laporan insidensi keselamatan pasien KKP-RS atau eksternal yaitu pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap KTD atau KNC yang terjadi pada pasien, yang telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

Laporan kejadian dilakukan dalam dua kali dua puluh empat jam ke atasan langsung, melakukan *grading* risiko, lalu dilakukan investigasi sederhana, tim keselamatan pasien di RS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan melakukan *regrading*. Setelah RCA, tim di RS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk atau *safety alert* untuk mencegah agar kejadian yang sama tidak terulang kembali. Dalam hal ini faktor individu dan organisasi mempunyai peranan dalam penanganan masalah penerapan program *patient safety*, namun sampai saat ini belum diteliti.

Penerapan program *patient safety* dapat dilihat dari faktor organisasi sebagai tatanan pelayanan kesehatan dan faktor individu yang dalam hal ini adalah perawat pelaksana. Peningkatan pelayanan mutu rumah sakit melalui budaya *safety* dapat dicapai dengan menurunnya angka kejadian tidak diharapkan, penurunan resiko klinis pada infeksi luka operasi, angka plebitis, angka dekubitus serta berkurangnya keluhan dari pasien. Kinerja perawatpun harus diperhatikan terlebih – lebih dalam menerapkan sembilan program *patient safety* sehingga pelayanan keperawatan terhadap



pasien secara bio, psiko, sosio dan spiritual dapat terpenuhi. Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety*.

## 1.2 Rumusan Masalah

RSAB Harapan Kita adalah salah satu rumah sakit yang menjalankan program penerapan *patient safety*. Jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap sejumlah 183 perawat dengan status pendidikan S1: 11 orang, DIII Keperawatan: 127, SPK: 45. Banyaknya perawat dan pendidikan yang bervariasi, merupakan hal yang beresiko untuk terjadinya kesalahan yang dapat merugikan pasien bahkan dapat berakibat fatal. Berdasarkan rekapitulasi hasil observasi pada tahun 2008 dan 2009 di RSAB Harapan Kita Jakarta masih terdapat angka kejadian dekubitus, infeksi jarum infus, infeksi luka operasi (ILO) dan KTD. Angka tersebut menunjukkan belum optimalnya penerapan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Pedoman penerapan *patient safety* diantaranya adalah sembilan solusi keselamatan pasien. Kepatuhan perawat merupakan faktor penentu dalam penerapan pedoman *patient safety*.

Perilaku yang disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan (Matindas, 1987 dalam Unarajan 2003). Pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas merupakan perilaku perawat dalam penerapan pedoman *patient safety*. Perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian baru menjadi internalisasi, artinya bahwa kepatuhan merupakan suatu tahap awal perilaku, maka semua faktor yang mendukung atau mempengaruhi perilaku juga akan mempengaruhi kepatuhan. Perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor individu, organisasi, dan psikologis. Evaluasi tentang kepatuhan perawat terhadap penerapan *patient safety* belum dilaksanakan di RSAB harapan Kita Jakarta.

Berdasarkan uraian tersebut peneliti merumuskan pertanyaan masalah penelitian sebagai berikut: "Bagaimana hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta?".

### 1.3 Tujuan Penelitian

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

Teridentifikasi:

1.3.2.1 Kepatuhan perawat pelaksana dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

1.3.2.2 Faktor individu perawat pelaksana mencakup: usia, tingkat pendidikan, status perkawinan dan masa kerja di RSAB Harapan Kita Jakarta

1.3.2.3 Faktor organisasi (RS) mencakup: kepemimpinan; imbalan; struktur organisasi; dan desain pekerjaan di RSAB Harapan Kita Jakarta

1.3.2.4 Hubungan antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

1.3.2.5 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

1.3.2.6 Hubungan antara status perkawinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

1.3.2.7 Hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

- 1.3.2.8 Hubungan antara kepemimpinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 1.3.2.9 Hubungan antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 1.3.2.10 Hubungan antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 1.3.2.11 Hubungan antara desain pekerjaan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 1.3.2.12 Faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Bagi pelayanan kesehatan atau keperawatan

*Patient safety* merupakan salah satu indikator peningkatan mutu RS sehingga hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan direksi RSAB Harapan Kita Jakarta dalam penyusunan rencana pengembangan rumah sakit sehingga RSAB Harapan Kita Jakarta akan tetap eksis dan mampu bersaing dengan rumah sakit lain dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Hasil penelitian ini menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam manajemen sumber daya manusia khususnya tenaga perawat dan pengembangan dalam penerapan *patient safety* yang diberikan oleh perawat pelaksana di instalasi rawat inap sehingga citra perawat menjadi lebih baik.

##### 1.4.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Diharapkan bahwa hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan serta pengembangan ilmu keperawatan. Dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* untuk mengembangkan ilmu keperawatan, terutama dalam praktik manajemen keperawatan.

#### 1.4.3 Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya terutama yang berkaitan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan beberapa konsep dan teori serta penelitian terkait yang melandasi penelitian ini. Konsep yang dibahas adalah konsep kepatuhan, konsep *patient safety*, faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologis.

#### **2.1 Kepatuhan Menerapkan *Patients Safety***

##### **2.1.1 Kepatuhan**

Kepatuhan adalah ketaatan menerima instruksi, koreksi, penyediaan, dan perlindungan dari pimpinan (Oak, 1992). Perilaku yang disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan (Matindas, (1987, dalam Unarajan, 2003). Perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian baru menjadi internalisasi, artinya bahwa kepatuhan merupakan suatu tahap awal perilaku, maka semua faktor yang mendukung atau mempengaruhi perilaku juga akan mempengaruhi kepatuhan.

Patuh adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Ketidapatuhan merupakan suatu kondisi pada individu atau kelompok yang sebenarnya mau melakukannya, tetapi dapat dicegah untuk melakukannya oleh faktor-faktor yang menghalangi ketaatan terhadap anjuran. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. Notoatmodjo (2005) mengemukakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah pendidikan, usia, dan motivasi. Hal ini diperkuat oleh Gybson (1997) yang mengatakan bahwa kepatuhan adalah salah satu bentuk perilaku seseorang yang akan mempengaruhi kinerja seseorang. Kurang patuhnya perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan akan berakibat rendahnya mutu asuhan itu sendiri.

Pada tahap kepatuhan, individu mematuhi anjuran atau instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan sering kali karena ingin sekali menghindari hukuman atau sanksi jika tidak memenuhi aturan, dan akan memperoleh imbalan kalau mematuhi aturan tersebut. Biasanya perubahan yang terjadi merupakan perubahan yang bersifat sementara selama ada pengawasan terhadap tindakan tersebut.

Ivancevich, Konopaske and Matteson (2006) mengatakan bahwa keberhasilan berbagai perubahan sangat tergantung dengan kualitas dan kemampuan bekerjasama didalam suatu organisasi. Perilaku individu dalam organisasi dipengaruhi oleh perubahan dari luar dan dari dalam. Perubahan dari luar yaitu seseorang dari luar organisasi yang menciptakan suatu perubahan didalam organisasi. Sedangkan perubahan dari dalam yaitu apa yang bisa dicapai individu dalam menyelesaikan setiap permasalahan melalui suatu usaha. Penolakan terhadap suatu perubahan dalam suatu organisasi akan muncul dalam situasi kerja. Semakin besar perubahan maka akan semakin kuat ketakutan, kecemasan dan penolakan.

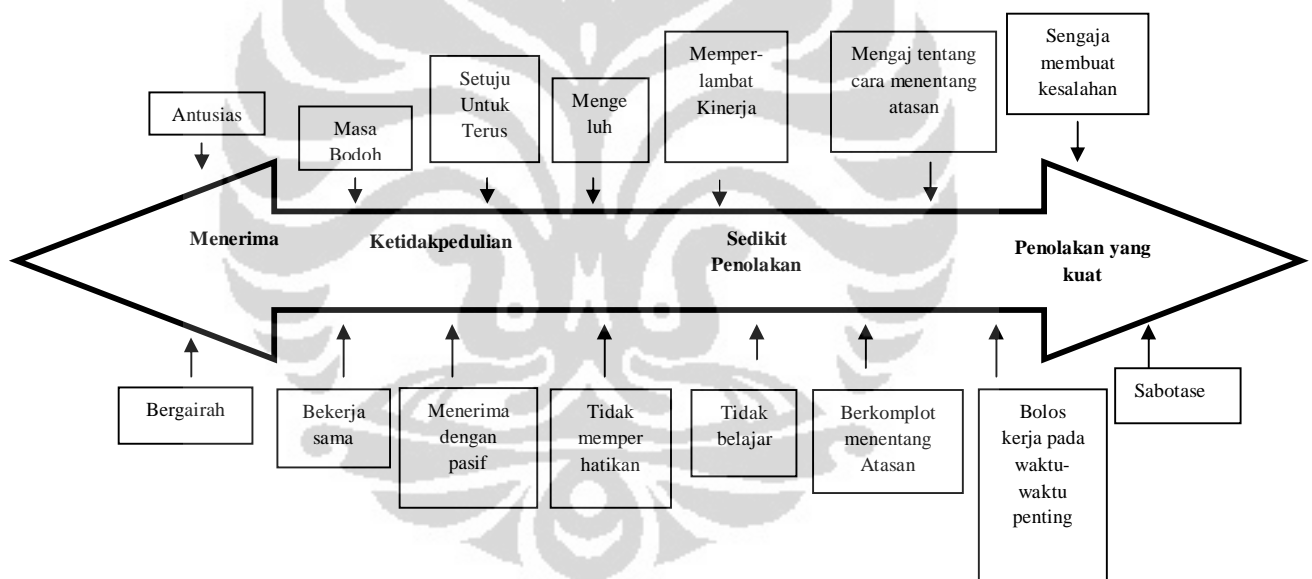
Perubahan perilaku individu baru dapat optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dimana perilaku yang baru dianggap bernilai positif bagi dirinya sendiri dan diintegrasikan dengan nilai – nilai lain dalam hidupnya. Ivancevich, Konopaske and Matteson (2006) mengatakan bahwa individu menolak suatu perubahan dikarenakan: 1) adanya ancaman kehilangan posisi, kekuasaan, status, kualitas hidup, dan kewenangan; 2) Ketidakamanan ekonomi mengenai pekerjaan; 3) Perubahan hubungan dalam interaksi dengan rekan sekerja; 4) Ketakutan individu dalam suatu perubahan dikarenakan kurang pengetahuan; 5) Ketidakkampuan untuk meramalkan dengan pasti bagaimana desain organisasi; 6) Gagal untuk menerima suatu perubahan; 7) Disonasi kognitif muncul (ketidaknyamanan yang muncul karena adanya hal yang baru atau berbeda); 8) Ketakutan

**Universitas Indonesia**

individu karena merasa dirinya kurang kompeten untuk berubah; dan 9) Keyakinan individu bahwa perubahan akan dilakukan buruk atau merupakan ide yang jelek.

Perubahan perilaku dalam diri individu meliputi ketakutan, kecemasan dan penolakan. Semakin besar perubahan maka semakin besar pula ketakutan, kecemasan dan penolakan. Sebagian besar ketakutan, kecemasan dan penolakan yang muncul dipengaruhi oleh perubahan-perubahan dalam rutinitas, pola, dan kebiasaan. Cakupan perilaku penolakan individu dapat digambarkan pada skema 1.1.

**Diagram 1.1. Cakupan Perilaku Penolakan Individu**



Sumber: Ivancevich, Konopaske and Matteson (2006)

Mengubah suatu kebiasaan, perilaku, dan nilai – nilai lama menjadi nilai – nilai baru bukanlah suatu hal yang mudah. Lewin (1951, dalam Cahyono, 2008) mengatakan bahwa individu, kelompok dan organisasi akan mengalami perubahan atau tidak tergantung dua faktor yaitu faktor daya dorong (*driving force*) dan faktor keengganan (*resistences*). Perubahan baru akan terjadi apabila daya dorong melebihi kekuatan keengganan (*driving force* lebih dari *resistences*). Lewin merumuskan langkah – langkah yang dapat diambil untuk mengelola perubahan, yaitu (1). *Unfreezing old behavior*, yaitu suatu proses penyadaran tentang perlunya atau adanya kebutuhan untuk berubah, (2). *Introduce new behavior (changing)*, berupa tindakan baik yang memperkuat *driving force* maupun yang memperlemah *resistences*, dan (3). *Refreezing*, yaitu upaya membawa organisasi kepada keseimbangan yang baru.

Cahyono (2008) mengemukakan bahwa tanpa keberanian untuk berubah maka pelayanan kesehatan saat ini akan masih seperti semula, pelayanan belum berpihak pada pasien. Hal ini dikarenakan masih banyak cedera yang sebenarnya lebih dari 50% dapat dicegah. Pelayanan yang berfokus pada pasien yang menempatkan pelayanan yang bermutu dan aman membutuhkan suatu pengorbanan. Sasaran perubahan adalah situasi yang bernuansa *blaming culture* menjadi *culture of safety*.

### **2.1.2 Patient Safety (Keselamatan Pasien)**

Depkes-RI (2008) dan KKP-RS (2008) telah bersepakat membuat beberapa batasan tentang *patient safety* diantaranya yaitu: keselamatan atau *safety* adalah bebas dari bahaya atau risiko.

2.1.2.1 Bahaya adalah suatu keadaan, perubahan atau tindakan yang dapat meningkatkan risiko pada pasien.

2.1.2.2 Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera dan atau potensial akan terjadi penyakit, cedera fisik, sosial, psikologis, cacat,



kematian dan lain – lain, terkait dengan pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Depkes-RI, 2008). Hal ini diperkuat oleh Institute of Medicine (IOM) dalam Cahyono, (2008) yang mengatakan bahwa keselamatan pasien adalah layanan yang tidak menciderai dan atau merugikan pasien.

Keselamatan adalah bagian dari indikator mutu pelayanan klinik di sarana kesehatan. Keselamatan pasien adalah pasien aman dari kejadian jatuh, dekubitus, kesalahan pemberian obat dan cedera akibat restrain (Dirjen-YanMed, 2008). Keselamatan pasien adalah prioritas utama bagi perawat (SVMH, 2006). Hal ini diperkuat oleh Maryam, (2009) yang mengatakan bahwa pasien 74,1% merasa puas dengan kinerja perawat dalam penerapan *patient safety*. Hal ini dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien dapat dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dan menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan (KTD).

#### 2.1.2.3 Pengertian Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KTD adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit atau kondisi pasien (KKP-RS, 2008). KTD yang tidak dapat dicegah adalah suatu kesalahan akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah (*Unpreventable Adverse Event*) dengan pengetahuan yang mutakhir. Cedera dapat diakibatkan kesalahan medik atau bukan kesalahan medik yang tidak dapat dicegah.

#### 2.1.2.4 Pengertian Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu tindakan yang seharusnya tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commision*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommision*), dapat terjadi karena "keberuntungan", misal pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat, karena "pencegahan", misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya (KKP-RS, 2008). Adapun tujuan *patient safety* menurut Depkes-RI, (2008) adalah: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit; meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat; menurunnya KTD di rumah sakit dan terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

#### 2.1.2.5 Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: assesment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan.

Tujuan KKP-RS adalah 1). Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit; 2). Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat; 3). Menurunnya kejadian

tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit; 4). Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

#### 2.1.2.6 Standar *Patient Safety* Rumah Sakit

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) telah membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada tanggal 1 Juni 2005. Selanjutnya Menteri Kesehatan bersama PERSI dan KKP-RS telah mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada Seminar Nasional PERSI tanggal 21 Agustus 2005 di Jakarta Convention Center. Disamping itu Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan Depkes telah menyusun Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang akan menjadi salah satu standar akreditasi. Adapun standar tersebut adalah:

##### 2.1.2.6.1 Hak Pasien.

Pasien dan keluarganya mempunyai hak mendapat informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kejadian yang tidak diharapkan.

##### 2.1.2.6.2 Mendidik pasien dan keluarga.

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

##### 2.1.2.6.3 Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

2.1.2.6.4 Penggunaan metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah sakit harus mendisain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisa secara intensif KTD dan melakukan upaya perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

2.1.2.6.5 Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Pimpinan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan: "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien" yang mencakup: pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD; pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang *patient safety*; pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur; mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan *patient safety*; pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan *patient safety*.

2.1.2.6.6 Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

Rumah sakit memiliki orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan

pasien secara jelas, rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan prima.

2.1.2.6.7 Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Rumah sakit merencanakan dan mendesign proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal, transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

2.1.2.7 Tujuh langkah menuju keselamatan pasien

Kualitas pelayanan kesehatan keperawatan kepada pasien akan menjadi lebih operasional dan mudah dievaluasi apabila ada standar evaluasi untuk itu KKP-RS telah menyusun Panduan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien bagi staf RS untuk mengimplementasikan program *patient safety* di rumah sakit. Adapun tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit menurut (Depkes-RI, 2008) adalah:

2.1.2.7.1 Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.

Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil, melalui:

2.1.2.7.2.1 Memastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah – langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarganya.

**Universitas Indonesia**

2.1.2.7.2.2 Rumah sakit harus mempunyai kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.

2.1.2.7.2.3 Menumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.

2.1.2.7.2.4 Melakukan pengkajian dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien.

2.1.2.7.2.5 Unit / Tim perlu memastikan rekan sekerja dan staf mampu untuk berbicara mengenai kepedulian pada keselamatan pasien dan berani melaporkan bila ada insiden.

2.1.2.7.2.6 Unit / Tim perlu mendemonstrasikan ukuran / acuan yang dipakai di rumah sakit untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan atau solusi yang tepat.

#### 2.1.2.7.2 Memimpin dan mendukung staf.

Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit, melalui:

2.1.2.7.2.1 Memastikan ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggungjawab atas keselamatan pasien.

2.1.2.7.2.2 Mengidentifikasi ditiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi penggerak dalam gerakan keselamatan pasien.

- 2.1.2.7.2.3 Memasukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf RS dan memastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.
- 2.1.2.7.2.4 Memprioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi maupun rapat manajemen RS.
- 2.1.2.7.2.5 Memasukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.
- 2.1.2.7.2.6 Unit / Tim perlu menominasikan 'penggerak' dalam tim untuk memimpin gerakan keselamatan pasien.
- 2.1.2.7.2.7 Unit / Tim perlu menjelaskan kepada tim tentang relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi staf dengan menjalankan gerakan keselamatan pasien.
- 2.1.2.7.2.8 Unit / Tim perlu menumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.

#### 2.1.2.7.2.3 Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko.

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta melakukan identifikasi dan assessment hal yang potensial bermasalah, melalui:

- 2.1.2.7.2.3.1 Menelaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen resiko klinis dan non klinis serta memastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
- 2.1.2.7.2.3.2 Mengembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan resiko yang dapat dimonitor oleh direksi rumah sakit.
- 2.1.2.7.2.3.3 Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesment resiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan keperdulian terhadap pasien.

2.1.2.7.2.3.4 Unit / Tim perlu membentuk forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.

2.1.2.7.2.3.5 Unit / Tim perlu memastikan ada penilaian resiko pada pasien dalam proses asesmen resiko rumah sakit.

2.1.2.7.2.3.6 Unit / Tim perlu melakukan proses asesment resiko secara teratur untuk menentukan akseptabilitas setiap resiko dan mengambil langkah yang tepat untuk memperkecil resiko tersebut.

2.1.2.7.2.3.7 Unit / Tim perlu memastikan penilaian resiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan resiko rumah sakit.

#### 2.1.2.7.2.4 Mengembangkan sistem pelaporan.

Memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS, melalui:

2.1.2.7.2.4.1 Rumah sakit harus mempunyai rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KPPRS-PERSI

2.1.2.7.2.4.2 Unit / Tim perlu memberikan semangat kepada staf untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

#### 2.1.2.7.2.5 Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien, melalui:



- 2.1.2.7.2.5.1 Rumah sakit harus mempunyai kebijakan yang jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka tentang insiden dengan pasien dan keluarga.
- 2.1.2.7.2.5.2 Rumah sakit harus memastikan bahwa pasien dan keluarganya mendapatkan informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- 2.1.2.7.2.5.3 Unit / Tim perlu memberikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga.
- 2.1.2.7.2.5.4 Unit / Tim perlu memastikan tim/staf menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarga bila terjadi insiden.
- 2.1.2.7.2.5.5 Unit / Tim perlu memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bila terjadi insiden dan segera memberikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat.
- 2.1.2.7.2.5.6 Unit / Tim perlu memastikan segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.
- 2.1.2.7.2.6 Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
- Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Upaya yang dilakukan:
- 2.1.2.7.2.6.1 Rumah sakit harus mengembangkan kebijakan yang jelas menjabarkan kriteria pelaksanaan analisis akar masalah atau disebut dengan *Root Cause Analysis* (RCA) atau metoda analisis lain, yang harus mencakup semua insiden yang telah terjadi dan minimum satu kali pertahun untuk proses resiko tinggi.

- 2.1.2.7.2.6.2 Manajer / Tim perlu memastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- 2.1.2.7.2.6.3 Manajer / Tim perlu mendiskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden.
- 2.1.2.7.2.6.4 Manajer / Tim perlu mengidentifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas.
- 2.1.2.7.2.7 Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.
- Cara menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelaporan. Untuk rumah sakit dilakukan sebagai berikut:
- 2.1.2.7.2.7.1 Rumah sakit menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen resiko, kajian insiden dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat. Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf dan atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- 2.1.2.7.2.7.2 Melakukan asesmen resiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- 2.1.2.7.2.7.3 Mensosialisasikan solusi yang dikembangkan KKPRS – PERSI: 1) Unit / Tim perlu memberi umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan; 2) Unit / Tim perlu melibatkan tim dalam pengembangan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien

menjadi lebih baik dan lebih aman; 3) Unit / Tim perlu menelaah kembali perubahan yang dibuat tim/staf dan memastikan pelaksanaannya; 4) Unit / Tim perlu memastikan tim/staf menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut dari insiden yang dilaporkan.

#### 2.1.2.8 Sembilan Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Pelaporan kejadian dari berbagai rumah sakit ke KKP-RS pada bulan september 2006 sampai dengan agustus 2007. Menindaklanjuti hal ini *World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Patient safety* bersama dengan Depkes mengembangkan ke hal yang lebih spesifik yaitu sembilan langkah menuju keselamatan pasien, panduan disusun oleh pakar keselamatan pasien dari lebih 100 negara, dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Setelah itu WHO pada tanggal 2 mei 2007 resmi menerbitkan sembilan solusi *Life-Saving* Rumah Sakit, dan dijadikan sebagai akreditasi keselamatan rumah sakit. Instrumen akreditasi rumah sakit menjadi 17 pelayanan karena ditambahkan dengan standar *patient safety*. Panduan yang bermanfaat dan membantu rumah sakit dalam menerapkan standar pedoman *patient safety* yaitu sembilan solusi *Live-Saving* Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Lumenta, 2008). Adapun sembilan solusi keselamatan pasien tersebut adalah:

##### 2.1.2.8.1 Memperhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*).

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*). Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM

ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan resiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

Joint Commition International (2007) mengemukakan bahwa pencegahan “*Look-Alike, Sound Alike Errors*” yaitu: 1). Menuliskan dengan benar dan mengucapkan ketika mengkomunikasikan informasi dalam pengobatan. Buat pendengar tersebut mengulang kembali pengobatan tersebut untuk meyakinkan mereka mengerti dengan benar; 2). Mengingatnkan merek tersebut dan nama obat generik yang biasa diucapkan dan seperti terlihat; 3). Memperhatikan potensial untuk kesalahan – kesalahan pembagian ketika menambahkan obat; 4). Mengelompokkan obat dengan kategori daripada dengan alpabet; 5). Mengingatnkan menempatkan dalam sistem komputer dan diatas label pada tempat pengobatan untuk tanda dokter, perawat, dan farmasi pada masalah yang potensial; 6). Meliputi indikasi pada pengobatan dalam menolong farmasi mengidentifikasi masalah potensial; 7). Melakukan *check* tempat atau label pengobatan selain label pasien sebelum memberikan dosis kepada pasien.

Pada tahun 1999, sekitar 160 organisasi perawat kesehatan melalui *United State-based Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), lima pengobatan yang sering terjadi dan hasil yang salah dalam kematian atau masalah yang serius adalah Insulin, Opiates and narcotics, Injectable potassium chloride/phosphate concentrate, Intravenous anticoagulants (heparin) dan sodium chloride solutions diatas 0.9 % (JCI, 2007)

#### 2.1.2.8.2 Memastikan Identifikasi Pasien.

Kegagalan mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

#### 2.1.2.8.3 Berkomunikasi Secara Benar saat Serah Terima Pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima pasien antar unit pelayanan dan antar tim pelayanan, dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial terjadinya cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan - pertanyaan pada saat serah terima dan melibatkan pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

#### 2.1.2.8.4 Memastikan Tindakan yang Benar pada Sisi Tubuh yang Benar.

Penyimpangan yang seharusnya dapat dicegah sepenuhnya. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat komunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan seperti ini adalah tidak ada atau kurangnya proses persiapan pembedahan yang standarisasi. Rekomendasinya

adalah untuk mencegah jenis - jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur.

#### 2.1.2.8.5 Mengendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*)

Beberapa obat-obatan, vaksin dan media kontras memiliki profil resiko yang berbahaya, khususnya cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi. Rekomendasinya adalah membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas kebingungan tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik, dapat ditempel pada papan informasi di ruang perawat sehingga dapat dilihat dengan jelas oleh petugas.

*High alert medication* adalah obat-obatan yang menyebabkan resiko tinggi memperburuk pasien dalam pengobatan (JCI, 2007). Obat-obatan adalah salah satu bagian yang terpenting dalam penanganan pasien. Management dengan benar untuk memastikan keselamatan pasien. Kesalahan dalam obat – obatan lebih sering seperti: potassium chloride (2 mEq/ml atau konsentrasi yang lebih), potassium phosphate, Sodium chloride (0,9% atau dengan konsentrasi lebih), dan magnesium sulfate (50% atau konsentrasi lebih). Kesalahan ini dapat juga muncul ketika anggota staff tidak dengan benar mengorientasikan ke unit perawatan pasien, ketika perawat tidak berkonsentrasi dengan benar, atau selama keadaan gawat darurat.

#### 2.1.2.8.6 Memastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.

Kesalahan pengobatan paling sering terjadi pada saat transisi atau pengalihan. Menyepakati kembali pengobatan merupakan suatu proses yang di disain untuk mencegah salah obat

**Universitas Indonesia**

(*medication errors*) pada saat perpindahan pasien. Disarankan agar menyusun suatu daftar yang lengkap dan akurat. Seluruh pengobatan yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai *home medication list*, sebagai perbandingan dengan daftar saat masuk, penyerahan obat pada saat pemulangan serta menuliskan instruksi pengobatan dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan berikutnya dimana pasien akan dipindah atau dirujuk. Sahelangi (2004) Mengatakan bahwa ada hubungan antara karakteristik individu perawat dengan kesalahan pemberian obat.

#### 2.1.2.8.7 Menghindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*)

Slang, kateter, dan spuit yang digunakan harus di desain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD yang dapat menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan obat atau cairan melalui jalur yang salah. Disarankan agar memperhatikan pengobatan secara rinci bila akan memberikan obat, pemberian makan maupun menyambung alat-alat pada pasien.

#### 2.1.2.8.8 Menggunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran dan penularan HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pemakaian ulang jarum suntik. Disarankan agar tidak memakai ulang jarum suntik di fasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di sarana layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mengenai penularan infeksi melalui darah dan praktek jarum sekali pakai yang aman.

#### 2.1.2.8.9 Meningkatkan Kebersihan Tangan untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

Penelitian menyebutkan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif primer. Cochrane (2007, dalam KKP-RS, 2008) menemukan bahwa mencuci tangan dengan air dan sabun adalah cara sederhana dan efektif untuk menahan virus infeksi saluran pernapasan atas, dari virus flu sehari-hari hingga virus pandemik yang mematikan. Fuad (2007, dalam KKP-RS, 2008) mengemukakan suatu rekomendasi untuk mendorong penerapan penggunaan cairan *alcohol-based hand-rubs* untuk dipergunakan oleh karyawan rumah sakit.

Pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih di tempat kerja dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan dilakukan melalui observasi dan teknik-teknik yang lain. De, W. D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C., & Blot, S. (2010) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada hubungan perilaku perawat antara perawat yang patuh dan perawat yang kurang patuh dalam melakukan cuci tangan. Teknik cuci tangan merupakan suatu cara yang efektif untuk mencegah terjadinya infeksi. Kusmayati (2004) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa faktor yang paling signifikan berkontribusi dengan kepatuhan perawat pelaksana dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial adalah unit kerja setelah dikoreksi oleh fungsi manajemen dalam menciptakan lingkungan kerja.



#### 2.1.2.9 Peran dan Fungsi Perawat Manajer dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

*Patient safety* melibatkan setiap karyawan di rumah sakit. Perawat manajer mempunyai peranan yang sangat penting dalam penerapan *patient safety*. Membangun budaya yang lebih aman tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan suatu organisasi untuk mendukung seluruh anggota tim pelayanan kesehatan. Tingkat keselamatan pasien dapat diperbaiki jika terdapat kepemimpinan yang kuat dari manajer keperawatan dengan visi, misi dan kebijakan yang jelas tentang *patient safety*. Hal ini juga diimbangi dengan implmentasi "*best practice*" yang diberikan oleh perawat manajer kepada perawat pelaksana.

Perawat manajer mempunyai peran yang sangat penting dalam melaksanakan atau mengaplikasikan program keselamatan pasien. Yahya (2008) mengemukakan bahwa pimpinan rumah sakit menggerakkan staf untuk mendesain dan mengimplementasikan sistem yang berdasar pada bukti ilmu kesehatan yaitu dengan mengembangkan dan mendukung pelaksanaan pelayanan dalam meningkatkan kemampuan tim kerja dan manajemen resiko; membangun budaya safety dan budaya belajar yang berkesinambungan; memastikan bahwa tugas dilaksanakan berdasarkan pada bukti, pasien dan sistem. Hal ini dapat meminimalkan KTD.

Penulis berpendapat bahwa KTD dapat dicegah melalui perubahan budaya dan komitmen pimpinan, staf maupun karyawan. Yahya (2008) mengatakan bahwa untuk menciptakan perubahan diperlukan *transformational leadership* bukan *managership*. Hal ini diperkuat oleh Kotter dalam Yahya (2008) yang mengatakan bahwa membangun budaya yang lebih aman tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi untuk mendengar dan mendukung seluruh anggota tim pelayanan kesehatan. Salah satu kunci sukses untuk program keselamatan pasien adalah bagaimana pimpinan mampu menggalang

budaya kerja yang mengarah pada kualitas dan keselamatan dalam aktifitas sehari-hari, serta mampu menciptakan suasana kerja yang kondusif, terbuka, adil dalam suatu sistem pelayanan di rumah sakit.

*Patient safety* adalah suatu sistem yang memerlukan perubahan budaya. Perubahan kepemimpinan menjadi “*pivoting point*” untuk menuju ke budaya *patient safety*. Hal ini diperlukan komitmen dan kepemimpinan serta langkah nyata dari para pimpinan rumah sakit khususnya manager keperawatan.

Gillies (1994) mengatakan bahwa fungsi manager dalam manajemen keperawatan meliputi: 1) Fungsi perencanaan yaitu membangun tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit; 2) Fungsi pengorganisasian adalah pembagian tugas, koordinasi, kesatuan tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai. Mendistribusikan tugas secara merata pada setiap staf; 3) Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian rencana yang telah diorganisasikan. Menggunakan komunikasi yang efektif karena dengan komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian diantara staff; 4) Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar *patient safety*.

Swansburg (2000) mengemukakan empat kompetensi untuk kepemimpinan yang dinamis dan efektif, meliputi manajemen perhatian, manajemen arti, manajemen kepercayaan, dan manajemen diri sendiri. Swanburg juga mengatakan terdapat prinsip kepemimpinan diantaranya adalah 1) Mengarahkan yaitu seorang pemimpin harus membuat aturan yang jelas, sehingga perawat dalam melakukan tindakan dapat dilakukan dengan penuh tanggung jawab. 2) Mengawasi, meliputi memeriksa,

menilai, dan memperbaiki kinerja pegawai. Artinya seorang pemimpin harus memberikan umpan balik kepada bawahannya baik secara lisan maupun tertulis. Umpan balik merupakan salah satu bentuk evaluasi dalam menilai kinerja staf oleh pimpinan; 3) Mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan mengadakan pertemuan kelompok kerja. Hal ini diperlukan dalam membentuk kerjasama tim (*team work*) agar lebih solid dan terkoordinir.

## 2.2 Faktor Kepatuhan

Perubahan sikap dan perilaku dimulai dari kepatuhan, identifikasi kemudian internalisasi. Menurut Gibson (1997), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja seseorang yaitu: faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologis.

### 2.2.1 Faktor Individu

Joint Commission International (JCI), 2003 mengatakan bahwa faktor individu adalah salah satu komponen yang mempengaruhi praktek klinis keperawatan. Hal ini didukung oleh Gibson (1997) yang mengatakan bahwa variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel kemampuan dan keterampilan meliputi: Fisik, Mental (EQ) dan Intelegensi (IQ). Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan individu. Menurut Gibson (1997), sub variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Karakteristik demografi juga merupakan hal yang penting diketahui oleh pimpinan atau seseorang dalam memotivasi dan meningkatkan kinerjanya. Karakteristik demografis meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja, dan status perkawinan.

#### 2.2.1.1 Usia

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan

kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Hal ini diperkuat oleh Robbins (2006), yang mengatakan semakin bertambah usia semakin terlihat pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap mutu. Dari berbagai periode umur tersebut, umur yang produktif dalam bekerja dan yang merupakan angkatan kerja ditunjukkan oleh periode dewasa muda (20 – 40 tahun) dan dewasa madia (40 – 65 tahun). Robins juga mengatakan usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijaksanaan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan bertoleransi terhadap pandangan orang lain, berarti kinerja orang itu juga meningkat. Usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana merespon stimulasi (Sopiah, 2008). Lanjut usia menurut Masdani dalam Wahjudi (2008) mengatakan bahwa kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian. Pertama: fase iuventus : antara 25 sampai 45 tahun. Kedua: fase vertilitas : antara 40 sampai 50 tahun. Ketiga: fase prasenium : antara 55 sampai 65 tahun dan yang keempat adalah fase senium : antara 65 tahun sampai dengan tutup usia.

#### 2.2.1.2 Jenis Kelamin.

Teori psikologis menjumpai bahwa perempuan lebih bersedia untuk mematuhi wewenang sedangkan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki pengharapan atau ekspetasi untuk sukses, tapi perbedaan ini kecil adanya (Robbins & Judge, 2008). Pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan, hal ini dapat menyebabkan kemangkiran yang lebih sering dibandingkan pegawai laki-laki. Robbins juga menyatakan tidak ada perbedaan laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan

masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, sosialitas, dan kemampuan belajar. Disisi lain Sopiah (2008) mengatakan bahwa karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti dan sabar dalam bekerja.

#### 2.2.1.3 Pendidikan.

Winslow *et all* dalam CHSRF and FCRSS (2005) ada hubungan tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*. Selanjutnya perawat harus melanjutkan pendidikan dan kesempatan pelatihan untuk semua aspek keperawatan misalnya *register nurse* dan spesialis keperawatan. Latar belakang pendidikan mempengaruhi kinerja. Siagian (1999) mengatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah.

Sidiknas (2009) mengatakan bahwa jenis dan jenjang pendidikan tinggi dibagi menjadi pendidikan akademik yang merupakan pendidikan tinggi program pasca sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan disiplin ilmu pengetahuan tertentu seperti Sarjana, Magister dan Doktor. Kedua adalah pendidikan profesi yaitu merupakan pendidikan tinggi setelah program pascasarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus seperti profesi, spesialis dan konsultan. Ketiga yaitu pendidikan vokasi merupakan pendidikan tinggi yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan keahlian terapan tertentu secara maksimal setara dengan program sarjana seperti pendidikan DI – DIV. Perawat dengan pendidikan lebih tinggi diharapkan dapat memberikan sumbangsiah berupa saran-saran yang bermanfaat

terhadap manajer keperawatan dalam upayanya meningkatkan kinerja perawat. Selain itu juga pendidikan perawat yang tinggi akan lebih memudahkan perawat dalam memahami tugas.

#### 2.2.1.4 Status Perkawinan.

Status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya. Karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan hasil pekerjaan daripada teman sekerjanya yang belum menikah (Robbins & Judge, 2008). Berdasarkan hal tersebut jelaslah bahwa status perkawinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja perawat. Perkawinan membuat seorang individu mempunyai tanggung jawab, *steady* dalam pekerjaan menjadi lebih berharga dan penting. Sopiah (2008) juga mengatakna bahwa karyawan ya yang sudah menikah dengan karyawan yang belum atau tidak menikah akan berbeda dalam memaknai suatu pekerjaan. Karyawan yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai keluarga.

#### 2.2.1.5 Masa Kerja.

Masa kerja adalah lama seorang perawat bekerja pada suatu organisasi yaitu dari mulai perawat itu resmi dinyatakan sebagai pegawai atau karyawan suatu rumah sakit. Senioritas dan produktivitas pekerjaan berkaitan secara positif. Semakin lama seseorang bekerja semakin terampil dan akan lebih berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya. Masa kerja pada suatu pekerjaan dimasa lalu akan mempengaruhi keluar masuknya karyawan dimasa yang akan datang. Robbins & Judge (2008) memperkuat pendapat ini, ia mengemukakan bahwa ada korelasi positif antara masa kerja dengan motivasi kerja perawat.

Sopiah (2008) mengatakan bahwa semakin lama seorang karyawan bekerja, semakin rendah keinginan karyawan untuk meninggalkan pekerjaannya. Berdasarkan hal tersebut peningkatan kinerja perawat pada suatu rumah sakit akan dipengaruhi oleh masa kerja perawat. Ellis *et all* dalam CHSRF and FCRSS (2006) mengatakan bahwa perawat harus mempunyai pengalaman kerja yang cukup sehingga dapat mengerti tentang kebutuhan pasien yang spesifik. Perawat juga harus mempunyai pengalaman yang cukup untuk memahami peraturan dan prosedur dalam pekerjaannya.

## 2.2.2 Faktor Organisasi

Organisasi adalah suatu sistem perserikatan formal dari dua orang atau lebih yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu (Hasibuan, 2007). Organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikordinasikan secara sadar, yang tersusun atas dua orang atau lebih, yang berfungsi atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai suatu tujuan atau seperangkat tujuan bersama (Robbins & Judge, 2008). Hal ini didukung oleh Hughes (2008) yang mengemukakan bahwa kualitas dan keselamatan yang diberikan oleh perawat adalah salah satu faktor yang berpengaruh dalam sistem organisasi. Variabel Organisasi berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu di rumah sakit. Variabel organisasi yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang yaitu: sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan (Gibson 1997).

### 2.2.2.1 Sumber Daya

Organisasi terdiri dari dua sumber daya yaitu sumber daya manusia dan Sumber daya alam. Pada sistem organisasi di rumah sakit sumber daya manusia terdiri dari tenaga profesional, non profesional, staf administrasi dan pasien, sedangkan sumber daya alam antara lain: uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan.

#### 2.2.2.2 Kepemimpinan

Gillies (1994) mendefinisikan kepemimpinan berdasarkan kata kerjanya, yaitu *to lead*, yang mempunyai arti beragam, seperti untuk memandu untuk menunjukkan arah tertentu, mengarahkan, berjalan didepan, menjadi yang pertama, membuka permainan, dan cenderung ke hasil yang pasti. Weirich & Koontz (1993, dalam Aditama, 2006) menyatakan bahwa kepemimpinan adalah seni atau proses untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka bersedia dengan kemampuan sendiri dan secara antusias bekerja untuk mencapai tujuan organisasi. Sementara itu Hellriegel dan Slocum (1992, dalam Aditama, 2006) menyatakan bahwa kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi, memotivasi dan mengarahkan orang lain untuk mencapai tujuan. Ivancevich, Konopaske and Matteson (2006) mengemukakan bahwa teori trait tentang kepemimpinan merupakan identifikasi karakter khusus (fisik, mental, kepribadian) yang terkait kesuksesan pemimpin. Trait seorang pemimpin juga diukur melalui perilaku dalam situasi kelompok, dengan pilihan dari rekan (*voting*), nominasi atau rating dari pengamat, dan analisis data biografi. Pendekatan trait meliputi: intelegensi, kepribadian, karakteristik fisik dan kemampuan supervisi.

Swanburg (1999) mengemukakan bahwa prinsip kepemimpinan diantaranya adalah 1) Mengarahkan yaitu seorang pemimpin harus membuat aturan yang jelas, sehingga perawat dalam melakukan tindakan dapat dilakukan dengan penuh tanggung jawab. 2) Mengawasi, meliputi memeriksa, menilai, dan memperbaiki kinerja pegawai. Artinya seorang pemimpin harus memberikan umpan balik kepada bawahannya baik secara lisan maupun tertulis. Umpan balik merupakan salah satu bentuk evaluasi dalam menilai kinerja staf oleh pimpinan; 3) Mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan



mengadakan pertemuan kelompok kerja. Hal ini diperlukan dalam membentuk kerjasama tim (*team work*) agar lebih solid dan terkoordinir.

Rensis Likert (1947, dalam Ivancevich, Konopaske and Matteson, 2006) mengatakan bahwa cara seseorang berperilaku menentukan keefektifan kepemimpinan orang tersebut. Manajer keperawatan di rumah sakit dapat meningkatkan perilaku yang lebih memperhatikan pegawai dengan berbagai cara yaitu: memodifikasi perilaku bawahan dengan menjaga komunikasi yang terbuka; mendengar bawahan; memberikan imbalan yang positif bagi bawahan; memberikan kesempatan pada bawahan untuk meningkatkan karier dan tidak takut untuk mengakui kesalahan karena manusia tidak luput dari suatu kesalahan. Yahya (2008) juga mengatakan bahwa kepemimpinan *patient safety* seharusnya memiliki kedudukan senior dalam organisasi, memiliki otoritas untuk bertindak dan mengambil keputusan guna meningkatkan *patient safety*, memiliki hubungan langsung dengan CEO, melaksanakan pelatihan, menguasai manajemen resiko, menjamin cukup sumberdaya untuk meningkatkan *patient safety* dan dihargai semua profesi dan tingkatan staf dalam organisasi.

#### 2.2.2.3 Imbalan.

Hasibuan (2007), mengutarakan imbalan atau kompensasi mengandung makna pembayaran atau imbalan baik langsung maupun tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil dari kinerja. Kinerja seseorang akan meningkat ketika ia merasa diperlakukan adil baik antar pekerja maupun dalam pemberian imbalan atau penghargaan. Tetapi semangat kerja akan menurun bila kontribusi pekerja tidak dihargai dengan imbalan atau kompensasi yang tidak seimbang. Hal ini didukung oleh wiyardi

(2005) yang mengatakan bahwa kinerja dan kesesuaian imbalan berpengaruh terhadap kepuasan kerja pegawai.

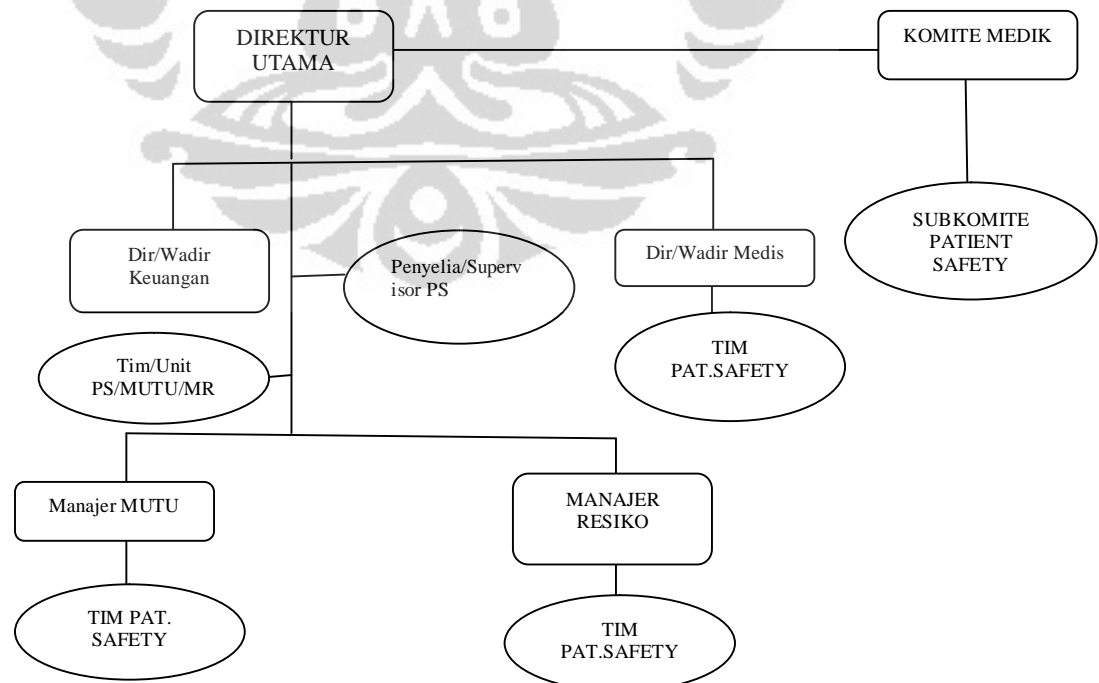
Pemberian kompensasi yang baik akan mendorong karyawan bekerja secara produktif, dan organisasi yang sukses dapat terlihat dari besarnya kompensasi yang diberikan organisasi. Kompensasi berhubungan dengan persyaratan yang harus dipenuhi karyawan pada jabatannya sehingga tercipta keseimbangan input dan output. Kompensasi merupakan pemberian balas jasa baik secara langsung berupa uang (*finansial*) maupun tidak langsung berupa penghargaan (*non finansial*). Terdapat dua kategori imbalan, yaitu imbalan intrinsik dan ekstrinsik. Imbalan intrinsik adalah imbalan yang dinilai oleh mereka sendiri meliputi perasaan kompetensi pribadi, perasaan pencapaian pribadi, tanggung jawab dan otonomi pribadi, perasaan pertumbuhan dan pengembangan diri, status, dan kepentingan kerja. Imbalan ekstrinsik sebagian besar dikendalikan dan dibagikan secara langsung oleh orang lain untuk mempengaruhi perilaku dan kinerja anggotanya, meliputi: gaji, tunjangan karyawan, sanjungan, pengakuan formal, promosi, hubungan sosial, lingkungan kerja, dan pembayaran insentif.

#### 2.2.2.4 Struktur Organisasi.

Organisasi adalah sekumpulan orang atau kelompok yang memiliki tujuan bersama dan berupaya mewujudkan tujuannya tersebut melalui kerja sama Griffin (2002, dalam Cahyono, 2008). Didalam suatu organisasi terdapat struktur organisasi yang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya KTD. Struktur organisasi adalah bagaimana tugas pekerjaan secara formal dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan (Robbins, 2001). Struktur organisasi menunjukkan cara suatu

kelompok dibentuk, garis komunikasi, dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan (Marquis & Huston, 2000). Struktur organisasi menggambarkan garis komando, garis kewenangan, dan garis koordinasi dalam sebuah organisasi untuk memberikan arah dalam melakukan tugas. Kualitas dan keselamatan perawatan yang terkait dengan berbagai faktor dalam sistem, organisasi, dan lingkungan kerja merupakan hal yang mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien (Hughes, 2008). Cahyono (2008) mengatakan bahwa rumah sakit harus membentuk struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan kelompok kerja agar kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan rumah sakit dapat dilaksanakan secara optimal, misalnya (pokja transfusi, pokja pencegahan kesalahan obat dan pokja infeksi nosokomial). Yahya (2008) mengatakan bahwa alternatif kedudukan unit/tim keselamatan pasien di rumah sakit dapat digambarkan pada diagram 1.2 di bawah ini:

**Diagram 1.2**  
**Struktur Organisasi Unit/Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**



Sumber: Yahya (2008)

### 2.2.2.5 Desain Pekerjaan.

Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas dituntut agar membuahkan hasil (Gibson, Ivancevich & Donnely, 1997).

Gibson (1997) menjelaskan desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan pada manajer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Desain pekerjaan merupakan upaya seorang manajer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktivitas seseorang maupun organisasi. Kepuasan kerja dipengaruhi oleh tuntutan pekerjaan dan sejauh mana tuntutan tugas tersebut sesuai dengan kemampuan seseorang.

### 2.2.3 Faktor Psikologi

Variabel psikologis merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Gibson (1997) mengatakan sukar untuk mencapai kesepakatan tentang pengertian dari berbagai variabel tersebut, karena sikap individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja yang berbeda satu dengan lainnya baik dari segi usia, etnis, latar belakang budaya, maupun keterampilan. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya, dan karakteristik demografis. Faktor psikologis ini terdiri dari:

#### 2.2.3.1 Sikap

Sikap merupakan faktor penentu perilaku, karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sikap (*attitude*) adalah kesiap-siagaan mental, yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman, dan mempunyai pengaruh

**Universitas Indonesia**

tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, obyek, dan situasi yang berhubungan dengannya (Gybson, Invancevich & Donnelly, 1997).

Sikap adalah bagian hakiki dari kepribadian seseorang. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu. Hal ini sejalan dengan definisi yang dikemukakan oleh Winardi (2004) yang mengemukakan bahwa sikap adalah determinan perilaku dan hal ini berkaitan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi. Sebuah sikap merupakan suatu keadaan siap mental, yang dipelajari dan diorganisasi menurut pengalaman, dan yang menyebabkan timbulnya pengaruh khusus atas reaksi seseorang terhadap orang-orang, objek-objek, dan situasi-situasi dengan orang lain dalam berhubungan. Dalam pelayanan keperawatan sikap memegang peran sangat penting, karena dapat berubah dan dibentuk sehingga dapat mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja perawat.

#### 2.2.3.2 Persepsi.

Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya (Gybson, Invancevich & Donnelly, 1996). Menurut Winardi (2004), persepsi merupakan proses kognitif, dimana seseorang individu memberikan arti kepada lingkungan. Persepsi sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor situasional, kebutuhan, keinginan dan emosi. Mendesaknya waktu, sikap setiap individu dan faktor situasional lainnya akan mempengaruhi ketepatan perseptual. Emosi yang kuat sering kali menyebabkan distorsi.

#### 2.2.3.3 Kepribadian

Gybson (1996) mengemukakan kepribadian adalah pola perilaku dan proses mental yang unik yang mencirikan seseorang. Hal ini

diperkuat oleh Winardi (2004) mengemukakan bahwa hubungan antara perilaku dan kepribadian merupakan salah satu persoalan yang paling kompleks yang perlu dipahami oleh para manajer. Kepribadian sangat banyak dipengaruhi oleh faktor-faktor kebudayaan dan sosial.

Kepribadian kelihatannya diorganisasi dalam pola tertentu. Pola ini sedikit banyak dapat diamati dan diukur. Walaupun kepribadian mempunyai dasar biologis, tetapi perkembangan khususnya adalah hasil dari lingkungan sosial dan kebudayaan. Kepribadian mempunyai berbagai segi yang dangkal dan mencakup ciri-ciri umum dan khas. Hal ini dikarenakan setiap orang berbeda-beda satu dengan yang lainnya dalam beberapa hal, namun serupa dalam beberapa hal.

#### 2.2.3.4 Pembelajaran

Pembelajaran terjadi setiap waktu. Robbins & Judge (2008) menjelaskan pembelajaran adalah setiap perubahan perilaku yang relatif permanen, terjadi sebagai hasil dari pengalaman. Perubahan perilaku menunjukkan bahwa proses pembelajaran telah terjadi.

Terdapat tiga hal dalam teori pembelajaran yaitu pengondisian klasik, pengondisian operan, dan pembelajaran sosial. Pengondisian klasik yaitu jenis pengondisian dimana individu merespons beberapa stimulus yang tidak biasa dan menghasilkan respon baru. Pengondisian operan yaitu jenis pengondisian dimana perilaku sukarela yang diharapkan menghasilkan penghargaan atau mencegah suatu hukuman. Sedangkan pembelajaran sosial adalah bahwa seseorang dapat mempelajari sesuatu dengan pengamatan dan pengalaman langsung.

### 2.2.3.5 Motivasi

Herzberg dalam Robbin & Judge (2008) mengemukakan: Motivasi untuk bekerja. Pendapat ini merupakan bagian dari kegiatan perilaku individu dalam proses perilaku organisasi yang memandang bahwa sikap-sikap positif terhadap pekerjaan timbul dari pekerjaan itu sendiri dan mereka berfungsi sebagai motivator.

Berdasarkan teori dan konsep yang telah dijelaskan pada bab ini dapat dirumuskan dalam diagram berikut ini:

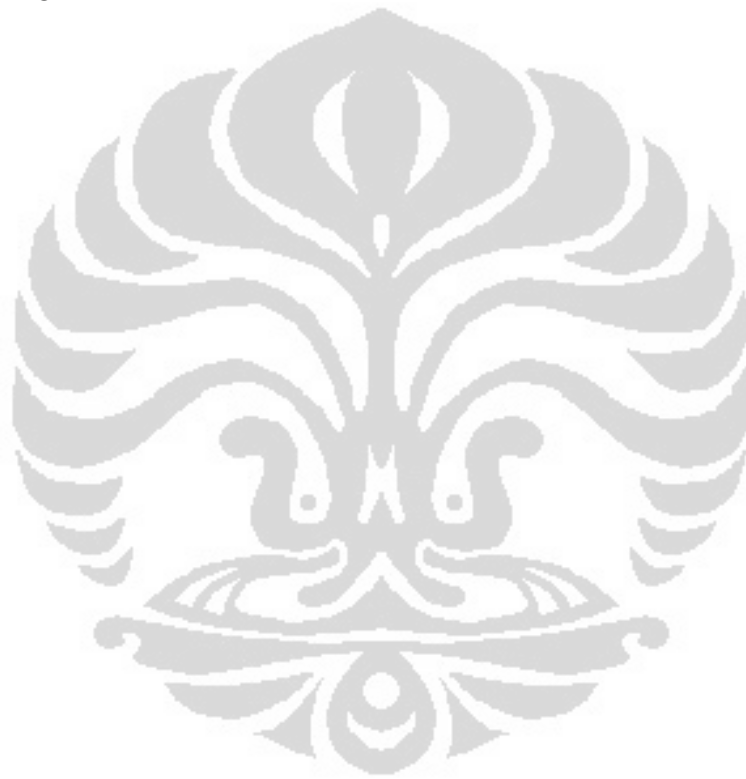
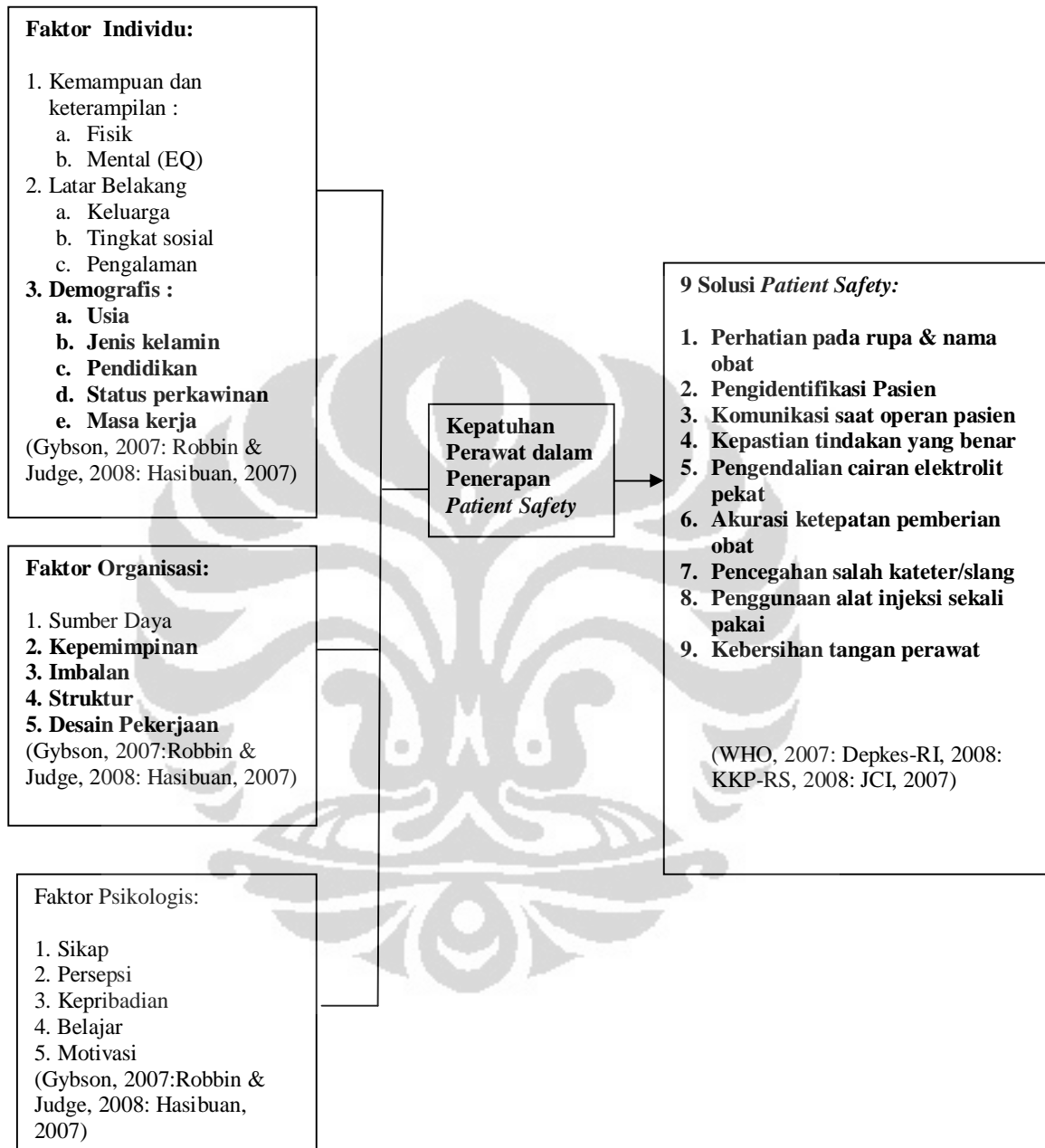


Diagram 2.2 Faktor Individu dan Faktor Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam menerapkan *Patient safety*





Berdasarkan kerangka teori yang telah dijelaskan pada diagram 2.2, faktor individu, organisasi dan psikologis merupakan faktor yang menyebabkan kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety* (Gybson (1997); Hasibuan (2007); Robbins (1998); Robbins & Judge (2008); Depkes-RI (2008); KKP-RS (2008); JCI (2007) dan WHO (2007). Selanjutnya mengacu pada kerangka teori tersebut akan dikembangkan kerangka konsep penelitian yang akan dijelaskan pada bab tiga.



## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional dari variabel – variabel dalam penelitian.

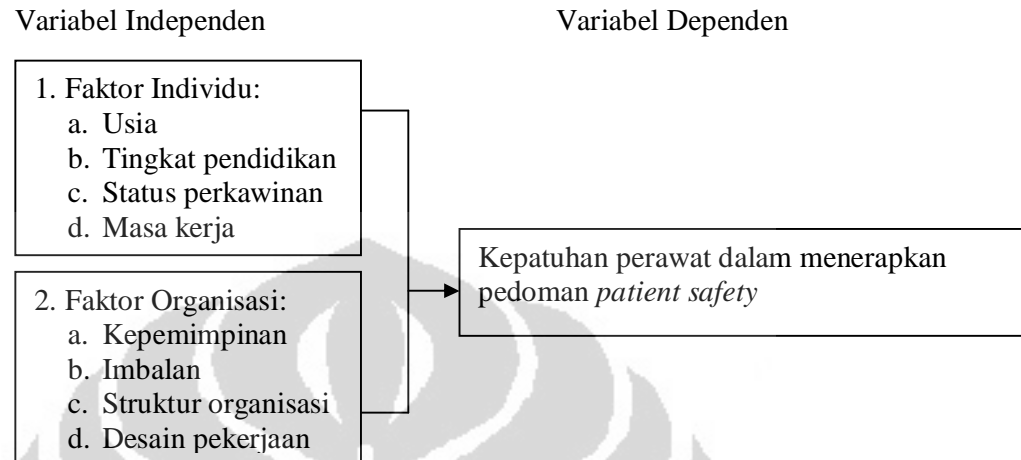
#### **3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

Kerangka konsep adalah suatu skema pada suatu penelitian tentang konsep yang akan diteliti dan timbul dari kerangka teori (Polit and Hungler, 1999). Kerangka konsep ini menjelaskan hubungan atau keterkaitan antara variabel-variabel dalam penelitian. Berdasarkan kajian literatur pada tinjauan pustaka, diperoleh gambaran bahwa penerapan *patient safety* dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kepatuhan perawat dalam merawat pasien.

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggunakan teori dari WHO, (2007) tentang pedoman *patient safety* berdasarkan 9 (sembilan) indikator solusi *life-saving* keselamatan pasien di rumah sakit. Kepatuhan perawat dalam penerapan pedoman *patient safety* ini merupakan kinerja perawat dan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor individu, organisasi dan psikologi (Gibson, 1997) tetapi pada penelitian ini difokuskan pada faktor individu dan organisasi. Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat pada diagram 3.1

**Diagram 3.1**

Kerangka konsep penelitian hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2010.



Berdasarkan kerangka konsep pada skema 3.1 dapat dijelaskan bahwa variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

3.1.1 Variabel bebas (*independent*) adalah faktor individu, meliputi usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja, sedangkan faktor organisasi, meliputi kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi dan desain pekerjaan. Faktor psikologi tidak diteliti karena variabel psikologi merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Sangat sulit untuk mencapai kesepakatan tentang pengertian dari berbagai variabel tersebut, karena sikap individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja yang berbeda satu dengan lainnya baik dari segi usia, etnis, latar belakang budaya, maupun keterampilan (Gibson, 1997).

3.1.2 Variabel terikat (*dependent*) adalah kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* berdasarkan 9 (sembilan) indikator solusi *life-saving* keselamatan pasien rumah sakit, yang mencakup: perhatian pada rupa & nama obat; pengidentifikasi pasien; komunikasi saat *operan* pasien; kepastian tindakan yang benar; pengendalian cairan

elektrolit pekat; akurasi ketepatan pemberian obat; pencegahan salah kateter/slang; penggunaan alat injeksi sekali pakai dan kebersihan tangan perawat (WHO, 2007).

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini terdiri dari dua jenis yaitu hipotesis mayor dan minor.

#### 3.2.1 Hipotesis Mayor

Hipotesis mayor pada penelitian ini adalah:

- 3.2.1.1 Ada hubungan antara faktor individu dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2010.
- 3.2.1.2 Ada hubungan antara faktor organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2010.

#### 3.2.2 Hipotesis Minor

- 3.2.2.1 Ada hubungan antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.2 Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.3 Ada hubungan antara status perkawinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.4 Ada hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.5 Ada hubungan antara kepemimpinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta

- 3.2.2.6 Ada hubungan antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.7 Ada hubungan antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.8 Ada hubungan antara desain pekerjaan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta
- 3.2.2.9 Faktor individu dan organisasi yang paling berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

### **3.3 Definisi Operasional**

Definisi operasional disusun untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang diukur dan untuk menentukan metode penelitian yang digunakan dalam analisis data, maka dibuat definisi operasional dari masing-masing variabel yang dapat dilihat pada tabel 3.1

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	<b>Variabel Independen</b>				
Faktor Individu					
1).Usia		Usia perawat dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner	Menggunakan kuesioner A	Jumlah usia dalam tahun	Interval
2). Tingkat pendidikan		Pendidikan formal perawat yang terakhir diikuti dan telah selesai dibuktikan dengan tanda lulus dari institusi pendidikan tersebut.	Menggunakan kuesioner A	Pengelompokan: 1: SPK 2 : DIII Keperawatan 3: S1 Keperawatan	Ordinal
3). Status perkawinan		Suatu ikatan perkawinan responden yang secara legal diakui oleh hukum agama dan negara	Menggunakan kuesioner A	Pengelompokan: 0: Belum menikah 1: Menikah	Nomina 1
4). Masa kerja		Lamanya perawat bekerja di instalasi rawat inap	Menggunakan kuesioner A	Lama kerja perawat dalam tahun	Interval

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Faktor	Organisasi 1). Kepemimpinan	Persepsi perawat pelaksana tentang proses kepemimpinan kepala ruangan meliputi : Mengarahkan perawat pelaksana dalam kepatuhan menerapkan pedoman <i>patient safety</i> (penugasan yang jelas dan adil, memberikan umpan balik, aturan yang jelas, komunikasi terbuka); mengawasi kepatuhan perawat pelaksana dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i> dengan (memeriksa, menilai, memperbaiki); dan mengkoordinasikan kepatuhan perawat pelaksana dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i> dengan (membuat pertemuan kelompok kerja secara berkala dan berkesinambungan).	Menggunakan kuesioner B dengan 10 pernyataan (no: 4, 5, 11, 12, 18, 19, 26, 27, 32, 33) menggunakan skala likert.  Pertanyaan positif skor : 4: Sangat Setuju 3: Setuju 2: Tidak Setuju 1: Sangat Tidak Setuju	Pengkategorian berdasarkan COP yaitu nilai mean 0: Kurang (Jika skor $\leq 28,94$ ) 1: Baik (Jika skor $> 28,94$ )	Ordinal

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2).	Struktur organisasi	Persepsi perawat tentang: Kejelasan Tugas dan wewenang masing-masing individu berdasarkan struktur organisasi di ruangan.	Menggunakan kuesioner B dengan 10 pernyataan (no: 3, 10, 16, 17, 24, 25, 36, 37, 39, 40) menggunakan skala likert.	Pengkategorian berdasarkan COP yaitu nilai mean 0: Kurang (Jika skor $\leq 28,4$ ) 1: Baik (Jika skor $> 28,4$ )	Ordinal
			Pertanyaan positif skor : 4: Sangat Setuju 3: Setuju 2: Tidak Setuju 1: Sangat Tidak Setuju		
3).	Imbalan	Persepsi perawat tentang imbalan yang mendukung kepatuhan perawat menerapkan pedoman <i>patient safety</i> dalam bentuk : Immateriil (suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan, syarat kerja yang tidak terlalu ketat dan kondisi kerja	Menggunakan kuesioner B dengan 11 pernyataan (no: 2, 8, 9, 14, 15, 22, 23, 28, 29, 30, 31) menggunakan skala Likert.	Pengkategorian berdasarkan COP yaitu nilai median 0: Kurang (Jika skor $\leq 40,0$ ) 1: Baik (Jika skor $> 40,0$ )	Ordinal
			Pertanyaan positif skor : 4: Sangat Setuju		



No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		yang lebih manusiawi dan materiil (gaji, insentif sesuai dengan kinerja perawat)	3: Setuju 2: Tidak Setuju 1: Sangat Tidak Setuju		
4).	Desain kerja	Persepsi perawat tentang : adanya uraian tugas yang mengarah kepada kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i> dan uraian tugas yang mudah dipahami dan dilaksanakan oleh perawat dalam kepatuhan menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Menggunakan kuesioner B dengan 9 pernyataan (no: 1, 6, 7, 13, 20, 21, 34, 35, 38) menggunakan skala Likert. Pertanyaan positif skor : 4: Sangat Setuju 3: Setuju 2: Tidak Setuju 1: Sangat Tidak Setuju	Pengkategorian berdasarkan COP yaitu nilai mean 0: Kurang (Jika skor $\leq 25,57$ ) 1: Baik (Jika skor $> 25,57$ )	Ordinal

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2	Variabel Dependent:				
	Kepatuhan Perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Persepsi perawat pelaksana terhadap kepatuhan dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i> yang dilakukan oleh dirinya kepada klien selama menjadi perawat di ruang rawat inap dengan menggunakan 9 (sembilan) indikator solusi <i>life-saving</i> kesematan pasien rumah sakit, yang mencakup: perhatian pada rupa & nama obat; pengidentifikasi pasien; komunikasi saat operan pasien; kepastian tindakan yang benar; pengendalian cairan elektrolit pekat; akurasi ketepatan pemberian obat; pencegahan salah kateter/slang; penggunaan alat injeksi sekali pakai; kebersihan tangan perawat.	Menggunakan kuesioner C dengan 28 pernyataan (no. 1-28) menggunakan skala Likert : 26 Pertanyaan positif 4: Selalu dilakukan 3: Sering dilakukan 2: Kadang - kadang dilakukan 1: Tidak Pernah dilakukan 2 butir Pertanyaan negatif skor: 4: Tidak Pernah dilakukan 3: Kadang - kadang dilakukan 2: Sering dilakukan 1 : Selalu dilakukan	Pengkategorian berdasarkan COP yaitu nilai mean 0: Kurang Patuh (Jika skor $\leq 78,59$ ) 1: Patuh (Jika skor $> 78,59$ )	Ordinal

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

Bab ini menjelaskan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data serta pengolahan dan analisis data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian korelasi deskriptif (*descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan (Arikunto, 2002). Penelitian ini bertujuan melihat hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* berdasarkan 9 solusi keselamatan pasien (WHO, 2007).

#### **4.2 Populasi dan Sampel**

Populasi dan sampel yang digunakan dalam penelitian adalah:

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan terhadap hasil penelitian yang akan dilakukan (Arikunto, 2002). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta sejumlah 179 orang.

##### **4.2.2 Sampel**

Burns and Grove (2001) mengatakan bahwa sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, sedangkan sampling adalah proses menyeleksi sekelompok orang dari populasi yang ada. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana instalasi rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta. Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus penentuan jumlah sampel menurut Notoatmojo (2005) yaitu untuk populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000, dengan rumus sebagai berikut:

Rumus:

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan:

n : Besar sampel yang diinginkan

d : Derajat akurasi yang diinginkan (0,05)

N : Besarnya populasi yang diteliti (N: 179)

Maka,

$$n = \frac{179}{1+179(0,05^2)}$$

$$n = \frac{179}{1,45}$$

$$n = 123,4 \rightarrow 123 \text{ (Dibulatkan)}$$

Berdasarkan penghitungan diatas, maka besar sampel dalam penelitian ini adalah 123 orang. Peneliti menambahkan 10% dari perkiraan besar sampel, untuk menghindari responden yang mengundurkan diri selama penelitian, sehingga menjadi 135,3 dibulatkan menjadi 135 responden sebagai estimasi sampel untuk generalisasi. Kuesioner diberikan kepada 163 responden yang semuanya adalah perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta. Jumlah kuesioner yang kembali sebanyak 144 kuesioner dan 19 kuesioner tidak terkumpul karena tidak memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah perawat yang mengetahui sembilan langkah penerapan pedoman *patient safety* dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusinya adalah perawat pelaksana yang sedang cuti kerja dan tugas belajar. Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Rencana semula peneliti menggunakan teknik *total*

*sampling* ternyata ada 2 ruangan di Perinatologi yang tidak memenuhi criteria inklusi yaitu Ruang Kemuning dan Ruang Seruni.

#### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan diinstalasi rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta yang meliputi 12 ruangan, terdiri dari: Ruang Melati, Ruang Mawar, Ruang Menur, Ruang Kenanga, Ruang Cempaka, Ruang Larat, Ruang Tanjung, Ruang Teratai, Ruang Anggrek, Ruang Gambir, Ruang Kantil dan Ruang Widuri. Untuk Ruang Kemuning dan Ruang Seruni dikeluarkan karena ruangan tersebut ruangan perinatologi dan tidak sesuai dengan metode asuhan keperawatan dengan ruangan yang lainnya. Alasan menggunakan instalasi rawat inap karena aktivitas perawat 24 jam bersama klien adalah di ruang rawat inap. Sedangkan alasan menggunakan RSAB Harapan Kita Jakarta adalah salah satu rumah sakit yang telah menerapkan pedoman *pasient safety*. Hal ini dikarenakan RSAB telah diubah statusnya dari Perjan menjadi BLU sesuai dengan yang ditetapkannya PP NO.23 Tahun 2005 sehingga RS ini menjadi andalan dan rujukan bagi masyarakat. Selain itu alasan menggunakan RSAB Harapan Kita Jakarta yaitu pada saat peneliti melakukan studi pendahuluan melalui hasil wawancara masih ditemukan KTD, angka kejadian dekubitus, infeksi jarum infus dan infeksi luka operasi.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan selama 2 minggu yaitu pada minggu ke II bulan Mei 2010 sampai dengan minggu ke III bulan Mei 2010. Penelitian ini dilaksanakan setelah dilakukan uji coba kuesioner.

#### **4.5 Etika Penelitian**

Etik atau etika adalah prinsip tentang perilaku yang benar, yang mewakili nilai-nilai dasar kemanusiaan. Semua penelitian kesehatan yang mengikutsertakan relawan manusia sebagai subjek penelitian wajib didasarkan pada prinsip etik umum yaitu menghormati harkat manusia (*respect for persons*); berbuat baik (*beneficience*), tidak merugikan (*nonmaleficience*) dan keadilan (*justice*). Secara umum ketiga prinsip tersebut telah disepakati dan diakui sebagai prinsip dasar etik penelitian yang memiliki kekuatan moral, suatu penelitian dapat

dipertanggungjawabkan baik menurut pandangan etik maupun hukum (KNEPK, 2007).

#### 4.5.1 Prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for persons*)

Prinsip ini merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat martabat manusia sebagai pribadi (*personal*) yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggungjawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri.

Polit & Hungler (1999) mengatakan bahwa *self-determination* dalam hal ini responden diberi kebebasan menentukan untuk ikut penelitian secara sukarela setelah dijelaskan tujuan dan akibat yang mungkin muncul dari penelitian. Masing-masing responden yang setuju mengikuti penelitian bersedia menandatangani *informed concerned* yang disediakan. *Privacy and Anonymity* adalah peneliti mempertahankan kerahasiaan pada saat pengumpulan data dengan tidak menuliskan atau mencantumkan nama responden, dan sebagai gantinya peneliti menggunakan nama kode nomor pada setiap responden. *Confidentiality* adalah peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Misalnya peneliti menjaga semua catatan tentang karakteristik responden yang telah diberikan, untuk dijadikan sebagai dokumentasi hasil penelitian.

#### 4.5.2 Prinsip etik berbuat baik (*beneficence*)

Prinsip etik berbuat baik menyangkut kewajiban membantu orang lain dilakukan dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan kerugian minimal. Prinsip etik berbuat baik, mempersyaratkan bahwa: risiko penelitian harus wajar (*reasonable*) dibanding manfaat yang diharapkan, desain penelitian harus memenuhi persyaratan ilmiah (*scientifically sound*), para peneliti mampu melaksanakan penelitian dan sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian, dan diikuti prinsip (*do no harm non maleficence*) tidak merugikan. Prinsip tidak merugikan bertujuan agar subyek penelitian tidak diperlakukan sebagai sarana dan memberikan perlindungan terhadap tindakan penyalahgunaan. Kerugian

dalam penelitian ini adalah perawat membutuhkan waktu untuk mengisi kuesioner pada saat jam kerja perawat, sehingga antisipasi dari peneliti adalah memberikan kuesioner pada saat perawat tidak sedang melakukan tindakan keperawatan.

#### 4.5.3 Prinsip etik keadilan (*justice*)

Prinsip etik keadilan mengacu pada kewajiban etik untuk memperlakukan setiap orang sebagai pribadi otonom sama dengan moral yang benar dan layak dalam memperoleh haknya. Prinsip adil dalam penelitian ini adalah peneliti melakukan penyebaran kuesioner dengan menggunakan total sampling yaitu semua perawat pelaksana di ruang rawat inap berhak untuk turut serta menjadi responden.

#### 4.5.4 *Informed Consent*

Hamid (2007) mengatakan *informing* adalah penyampaian ide dan isi penting dari peneliti kepada responden. *Consent* yaitu persetujuan dari responden untuk berperan serta dalam penelitian, yang diperoleh setelah memahami semua informasi penting. *Inform consent* mencakup empat elemen, yaitu: penyampaian tentang informasi penting, pemahaman secara komprehensif, kemampuan memberi consent dan kesukarelaan.

##### 4.5.4.1 Penyampaian tentang informasi penting

*Inform consent* mengharuskan peneliti untuk menyampaikan informasi secara lengkap dan spesifik kepada responden (Hamid, 2007) Informasi awal yang disampaikan yaitu peneliti menjelaskan kepada responden bahwa dilakukan penelitian. Selanjutnya peneliti menyatakan apa yang menjadi maksud dan tujuan baik tujuan jangka panjang maupun tujuan jangka pendek. Menjelaskan prosedur penelitian, uraian resiko dan ketidaknyamanan. Misalnya hal ini dapat mengganggu aktifitas perawat dalam melakukan tindakan keperawatan maka peneliti menjelaskan bagaimana resiko dapat diminimalkan yaitu dengan mengisi kuesioner pada waktu jam setelah melakukan tindakan keperawatan. Peneliti juga

menjelaskan manfaat penelitian baik bagi perawat maupun rumah sakit. Jaminan *anonymity* dan kerahasiaan (*confidentially*) yaitu peneliti menjelaskan bahwa kerahasiaan akan dijamin secara legal. Data ini akan dilindungi dengan menggunakan nomer kode dan hanya peneliti yang dapat mengetahui kerahasiaan data.

#### 4.5.4.2 Pemahaman secara komprehensif

*Informed consent* tidak hanya sekedar informasi tetapi pemahaman isi. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang pernyataan – pernyataan yang ada dikuesioner secara jelas sehingga responden dapat mengerti isi dari penelitian tersebut.

#### 4.5.4.3 Kemampuan memberi *consent*

Peneliti menyampaikan informasi sesuai dengan batas kemampuan responden untuk dapat memahami.

#### 4.5.4.4 Kesukarelaan

Kesukarelaan (*voluntary consent*) berarti responden telah memutuskan untuk mengambil bagian dalam penelitian tanpa unsur paksaan atau dipengaruhi. *Voluntary consent* ini diberikan kepada responden setelah responden memahami informasi tersebut.

### 4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah instrumen berupa kuesioner. Kuesioner ini diklasifikasikan dalam kuesioner A, B dan C.

#### 4.6.1 Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner yang berisi faktor individu, yaitu data karakteristik perawat pelaksana yang merupakan data primer yang dibuat sendiri oleh peneliti yang meliputi: usia, pendidikan, status pernikahan, dan masa kerja. Pertanyaan disertakan menjadi satu dalam lembaran kuesioner yang tersedia. Hasil pengumpulan data untuk variabel umur dan masa kerja tidak dikategorikan. Sedangkan variabel pendidikan dikategorikan: SPK,



DIII Keperawatan dan S1 Keperawatan. Status pernikahan dikategorikan menikah dan belum menikah dengan memberi tanda *check list* ( $\checkmark$ ).

#### 4.6.2 Kuesioner B

Kuesioner B merupakan kuesioner tentang faktor organisasi yang meliputi: pernyataan kepemimpinan kepala ruangan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja. Kuesioner faktor organisasi dikembangkan peneliti berdasarkan teori Ivancevich, Konopaske and Matteson (2006); Gillies (1994); Swanburg (2000), Depkes-RI (2008), KKP-RS (2008).

Pernyataan pada kuesioner menggunakan skala Likert dari skala 1-4

Kriteria penilaian

**Pernyataan positif** yaitu nilai 1 untuk Sangat Tidak Setuju (STS), nilai 2 untuk Tidak Setuju (TS), nilai 3 untuk Setuju (S), dan nilai 4 untuk Sangat Setuju (SS). Kuesioner terdiri dari empat sub variabel secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini:

Tabel 4.1

Kisi-kisi kuesioner Faktor Organisasi

No	Sub Variabel Faktor Organisasi	$\Sigma$	Nomer Pernyataan Positif
1	Kepemimpinan	10	4, 5, 11, 12, 18, 19, 26, 27, 32, 33
2	Struktur Organisasi	10	3, 10, 16, 17, 24, 25, 36, 37, 39, 40
3	Imbalan	11	2, 8, 9, 14, 15, 22, 23, 28, 29, 30, 31
4	Desain Kerja	9	1, 6, 7, 13, 20, 21, 34, 35, 38

#### 4.6.3 Kuesioner C

Kuesioner C berisikan tentang kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety* di ruang rawat inap. Instrumen yang dipakai dibedakan untuk masing-masing variabel. Kuesioner kepatuhan perawat dalam penerapan pedoman *patient safety* yaitu modifikasi dari Maryam (2009).

Pernyataan pada kuesioner menggunakan skala Likert dari skala 1-4

Kriteria penilaian

**Pernyataan positif** yaitu nilai 4: Selalu dilakukan, nilai 3: Sering dilakukan, nilai 2: Kadang-kadang dilakukan, dan nilai 1: Tidak Pernah dilakukan

**Pernyataan negatif** sistem penilaiannya adalah nilai 4: Tidak pernah dilakukan, nilai 3:Kadang – kadang dilakukan, nilai 2: Sering dilakukan dan nilai 1 : Selalu dilakukan. Kuesioner terdiri dari sembilan sub variabel secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2

Kisi-kisi kuesioner faktor Kepatuhan Perawat dalam Penerapan *Patient safety*

No	Sub Variabel Faktor Kepatuhan Perawat dalam Penerapan <i>Patient safety</i>	$\Sigma$	Nomer Pernyataan Positif	Nomer Pernyataan Negatif
1	Perhatian pada rupa dan nama obat	3	1, 2, 3	
2	Pengidentifikasian pasien	4	4, 5, 6	7
3	Komunikasi saat operan	3	8, 9, 10	
4	Kepastian tindakan yang benar	3	11, 12	13
5	Pengendalian cairan elektrolit pekat	3	14, 15, 16	
6	Akurasi ketepatan pemberian obat	3	17, 18, 19	
7	Pencegahan salah sambung kateter/slang	3	20, 21, 22	
8	Penggunaan alat injeksi sekali pakai	3	23, 24, 25	
9	Kebersihan tangan perawat	3	26, 27, 28	

#### 4.6.4 Uji coba instrumen

Menurut Polit and Beck (2004), setiap instrumen penelitian ini perlu dilakukan uji validitas dan reabilitasnya. Hal ini sangat penting dalam penelitian karena kesimpulan penelitian hanya dapat dipercaya bila alat pengukurnya adalah akurat dan obyektif.

#### 4.6.4.1 Uji validitas dan Reabilitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan sesuatu instrumen (Arikunto, 2002). Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi yang digunakan antara masing-masing variabel dengan skor totalnya. Teknik yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*, yaitu suatu variabel dinyatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung, apabila nilai r hasil (hitung) lebih besar dari r tabel maka pernyataan tersebut adalah valid (Hastono, 2007).

#### 4.6.4.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2003). Reliabilitas menunjukkan sejauh mana tingkat kekonsisten pengukuran dari suatu responden ke responden yang lain atau dengan kata lain sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan beda interpretasi dalam pemahaman pernyataan tersebut. Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap faktor individu, faktor organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Pengujian reliabilitas instrumen dilakukan dengan menggunakan koefisien *alpha cronbach* yaitu dengan membandingkan r *alpha* dengan r tabel, jika nilai r *alpha* lebih besar dari r tabel maka dikatakan bahwa pertanyaan tersebut reliabel dan sebaliknya (Hastono, 2007).

#### 4.6.5 Hasil Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap RSUP Persahabatan Jakarta pada minggu ke tiga dan keempat bulan April 2010. Hal ini dikarenakan ruangan tersebut memiliki tipe dan karakteristik yang sama yaitu rumah sakit yang telah dijadikan Badan Layanan Umum (BLU) oleh

pemerintah, tipe B, ruang perawatan terhadap pasien dalam 24 jam, dan perawat diruangan tersebut sudah mengetahui dan menerapkan pedoman *patient safety*. Uji coba instrumen dilakukan dengan jumlah sampel 30 perawat pelaksana. Instrumen faktor organisasi dan kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety* dalam penelitian ini adalah merupakan hasil modifikasi dari peneliti terdahulu dan sudah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitasnya, sedangkan faktor individu dan organisasi yaitu pengembangan dari peneliti sendiri. Untuk itu peneliti perlu melakukan uji baik validitas maupun reliabilitasnya. Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas dapat dilihat pada tabel 4.3.



**Tabel 4.3**  
**Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian**

Sub Variabel	$\Sigma$ Pertanyaan sebelum Uji Coba	No. Pertanyaan	$\Sigma$ Pertanyaan setelah dilakukan Uji Coba	Validitas	Reliabilitas
Faktor Organisasi					0,939
1. Kepemimpinan	12	7, 8, 15, 16, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 39, 40	10	0,439 s/d 0,867	
2. Struktur Organisasi	12	5, 6, 13, 14, 21, 22, 29, 30, 43, 44, 47, 48	10	0,372 s/d 0,683	
3. Imbalan	12	3, 4, 11, 12, 19, 20, 27, 28, 35, 36, 37, 38	11	0,379 s/d 0,860	
4. Desain Kerja	12	1, 2, 9, 10, 17, 18, 25, 26, 41, 42, 45, 46	9	0,395 s/d 0,850	
Kepatuhan Perawat dalam menerapkan <i>patient safety</i>					0,879
1. Perhatian pada rupa dan nama obat	4	1, 2, 3, 4	3	0,493 s/d 0,544	
2. Pengidentifikasian pasien	4	5, 6, 7, 8	4	0,464 s/d 0,764	
3. Komunikasi saat operan	4	9, 10, 11, 12,	3	0,580 s/d 0,890	
4. Kepastian tindakan yang benar	4	13, 14, 15, 16	3	0,505 s/d 0,678	
5. Pengendalian cairan elektrolit pekat	4	17, 18, 19, 20	3	0,455 s/d 0,837	
6. Akurasi ketepatan pemberian obat	4	21, 22, 23, 24	3	0,755 s/d 0,896	
7. Pencegahan salah sambung kateter/slang	4	25, 26, 27, 28	3	0,524 s/d 0,879	
8. Penggunaan alat injeksi sekali pakai	4	29, 30, 31, 32	3	0,455 s/d 0,591	
9. Kebersihan tangan perawat	4	33, 34, 35, 36	3	0,621 s/d 0,863	

Berdasarkan hasil uji validitas pada tabel di atas terhadap item – item pernyataan tentang faktor organisasi dan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*, didapatkan r hasil (*corrected item – total correlation*) lebih dari r tabel (0,361), sehingga dapat disimpulkan bahwa pernyataan tersebut adalah valid. Variabel faktor organisasi dari 48 pernyataan terdapat 8 butir yang dikeluarkan dan variabel kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* dari 36 item pernyataan terdapat 8 variabel yang dikeluarkan. Semua pernyataan yang tidak valid dikeluarkan satu persatu dimulai dari nilai r yang paling kecil sampai tidak ada lagi nilai r yang lebih kecil dari 0,361. Uji reabilitas pada kuesioner faktor organisasi dan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* didapatkan nilai *Alpha Cronbach's* pada variabel faktor organisasi = 0,939 dan pada variabel kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* = 0,879.

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data yang dilaksanakan oleh peneliti adalah:

##### **4.7.1 Prosedur Administratif**

4.7.1.1 Mengajukan ijin uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian ke RSAB Harapan Kita dan dilaksanakan di Unit Rawat Jalan RSAB Harapan Kita Jakarta.

4.7.1.2 Mengajukan ijin penelitian dan melewati uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Hal ini dilakukan untuk memastikan penelitian yang akan dilakukan tidak melanggar etik penelitian.

4.7.1.3 Menyerahkan ijin tersebut ke direktur RSAB Harapan Kita Jakarta.

4.7.1.3 Menyiapkan kelengkapan data dan instrumen penelitian

##### **4.7.2. Prosedur Teknis**

4.7.2.1 Koordinasi dengan kepala bidang keperawatan dan diklat keperawatan tentang persiapan pelaksanaan penelitian.

- 4.7.2.2 Peneliti menggunakan 12 kolektor data yaitu 12 kepala ruangan dan *clinical instruction* yang membantu secara teknis dalam penyebaran kuesioner.
- 4.7.2.3 Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan latar belakang, tujuan dan manfaat penelitian pada kepala ruang rawat inap di RSAB Harapan Kita Jakarta. Kemudian, kepala ruangan memberikan penjelasan mengenai maksud, tujuan dan manfaat penelitian kepada perawat pelaksana, selanjutnya responden menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang telah diberikan oleh peneliti melalui kepala ruangan.
- 4.7.2.4 Responden berkumpul untuk diberikan penjelasan oleh kepala ruangan dan mengisi kuesioner setelah melakukan tindakan keperawatan (pada dinas pagi yaitu setelah *morning care* sekitar jam 10:00 Wib sampai dengan jam 10:30 Wib, pada dinas siang yaitu sekitar jam 15:00 Wib sampai dengan jam 15:30 Wib dan pada dinas malam perawat melakukan pengisian kuesioner setelah selesai melakukan tindakan keperawatan. Lama pengisian untuk kuesioner adalah 15 – 30 menit.
- 4.7.2.5 Peneliti mengumpulkan dan melakukan pengecekan ulang apakah masih ada yang belum diisi setelah itu baru dilakukan validasi kembali.

## **4.8 Pengolahan dan Analisis Data**

Kegiatan analisis data terdiri dari pengolahan data dan metode analisa yang digunakan.

### **4.8.1 Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan berdasarkan empat tahapan pengolahan data dari (Hastono, 2007), yaitu:

#### **4.8.1.1 *Editing***

Memeriksa ulang isian formulir atau kuesioner kelengkapan pengisian jawaban, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar dapat diolah dengan baik.

#### 4.8.1.2. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada setiap jawaban dengan mengkonversi pernyataan ke dalam angka.

#### 4.8.1.3 *Processing*

Peneliti meng-*entry* data paket program komputer semua kuesioner yang terisi penuh dan benar, dan sudah diberi kode.

#### 4.8.1.4 *Cleaning*

Memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pembersihan skor data. Semua data bersih dan tidak ditemukan *missing data*.

### 4.8.2 Proses Analisa Data

Data yang telah diolah, selanjutnya dilakukan analisa dengan cara sebagai berikut:

#### 4.8.2.1 Analisis Univariat

Hastono (2007) mengemukakan bahwa tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung dari jenis datanya, untuk data numerik digunakan nilai mean (rata-rata), median, dan standar deviasi. Data kategorik yaitu menjelaskan angka atau nilai jumlah dan presentase masing – masing kelompok.

Variabel penelitian dengan data numerik yaitu faktor individu seperti usia, lama kerja, dilakukan analisis nilai rata-rata hitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dan nilai CI 95% atau  $\alpha = 0,05$  sedangkan data penelitian dalam bentuk kategorik yaitu status perkawinan, pendidikan, kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, desain pekerjaan dan kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety* disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi.



Uji kenormalan data dilakukan dengan menggunakan panduan dari Hastono (2007) yaitu: 1). Melihat dari grafik histogram dan kurve normal, bila bentuknya menyerupai bel shape, berarti distribusi normal. 2). Menggunakan nilai skewness dan standar errornya, bila nilai skewness dibagi standar errornya menghasilkan angka  $\leq 2$ , maka distribusinya normal.

#### 4.8.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* dengan variabel *dependent*. Analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.4.

**Tabel 4.4**

**Analisis Bivariat Variabel Penelitian Hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan Kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety***

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1.	Usia	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Uji T Independen
2.	Tingkat pendidikan	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Chi Square
3.	Status perkawinan	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Chi Square
4.	Masa kerja	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Uji T Independen
5.	Kepemimpinan	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Chi Square
6.	Imbalan	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Chi Square
7.	Struktur organisasi	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Chi Square
8.	Desain pekerjaan	Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Chi Square

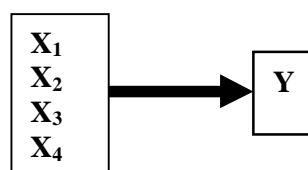
#### 4.8.2.2 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan teknis analisis perluasan atau pengembangan dari analisis bivariat. Kalau analisis bivariat melihat hubungan atau keterkaitan dua variabel maka teknis analisis multivariat bertujuan melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel (umumnya satu variabel dependen) (Hastono, 2007).

Proses analisis multivariat dengan menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Hasil analisis multivariat dapat mengetahui variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak, bentuk hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen apakah berhubungan langsung atau tidak. Prosedur pengujian bergantung dari jenis data yang diuji, apakah kategorik atau numerik. Bila jenis data variabel dependennya numerik maka analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik, sedangkan bila jenis data variabel dependennya kategorik menggunakan analisis regresi logistik ganda (Hastono, 2007). Pada penelitian ini, jenis data variabel dependennya adalah katagorik yang dikotom (Kepatuhan perawat) sehingga uji analisis yang digunakan adalah analisis regresi logistik ganda.

4.8.2.2.1 Permodelan dengan tujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi beberapa koefisien regresi logistic sekaligus.

Bentuk kerangka konsep model regresi:



#### 4.8.2.2.2 Tahap permodelannya adalah sebagai berikut:

Hastono (2007) mengatakan bahwa agar diperoleh model regresi yang hemat dan mampu menjelaskan hubungan variabel independen dan dependen dalam populasi, diperlukan prosedur pemilihan variabel sebagai berikut:

4.8.2.2.2.1 Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$  dan  $P \text{ value} > 0,25$  maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat.

4.8.2.2.2.2 Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai  $P \text{ value} < 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang  $P \text{ value} > 0,05$ . Pengeluaran dimulai dari variabel  $P \text{ value}$  terbesar dan dilakukan secara bertahap.

4.8.2.2.2.3 Identifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan variabel kategorik atau tetap variabel numerik. Proses pelaksanaannya yaitu dengan mengelompokkan variabel numerik kedalam empat kelompok berdasarkan nilai kuartilnya. Selanjutnya melakukan analisis logistik dan menghitung nilai OR. Jika nilai OR menunjukkan bentuk garis lurus pada masing – masing kelompok maka variabel numerik dapat dipertahankan dan apabila hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan dirubah dalam bentuk kategorik.

1.8.2.2.4 Tahap terakhir setelah memperoleh model variabel – variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel kedalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pegujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabelnya mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di RSAB Harapan Kita Jakarta pada tanggal 22 sampai dengan 30 Mei 2010. Penyajian data dikelompokkan berdasarkan faktor individu, faktor organisasi dan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil analisis dikelompokkan menjadi analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Diawali dengan analisis univariat untuk mengetahui nilai tengah, nilai rata-rata dan distribusi frekuensi setiap variabel. Analisis bivariat untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel faktor individu, faktor organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel faktor individu, faktor organisasi mana yang paling berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

#### 5.1 Analisis Univariat

##### 5.1.1 Faktor Individu

Gambaran faktor individu meliputi usia dan masa kerja diuraikan pada tabel 5.1

**Tabel 5.1**

**Distribusi Rata-rata Responden Menurut Umur dan Masa Kerja Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta  
17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimal- Maksimal	95% CI
Usia	38,81 36,00	10,676	23 56	37,05 – 40,56
Masa Kerja	15,87 13,00	10,606	1 31	14,12 – 17,62

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat dalam penelitian ini adalah 38,8 tahun dengan rentang 23 – 56 tahun (CI:37,05-40,56), dengan standar deviasi 10,676 tahun, usia termuda 23 tahun dan tertua 56 tahun. Umur rata – rata perawat pelaksana diinstalasi rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2010 ini berada dalam rentang umur produktif.

Rata-rata masa kerja perawat adalah 15,87 tahun (95% CI:14,12 – 17,62), dengan standar deviasi 10,606 tahun, lama kerja tersingkat 1 tahun dan terlama 31 tahun. Hal ini sangat mendukung untuk mencapai produktivitas kerja yang lebih baik, karena masa kerja yang lama akan memberikan pengalaman yang positif terhadap pekerjaannya termasuk produktivitas kerjanya juga akan meningkat.

Faktor individu responden berdasarkan tingkat pendidikan, dan status perkawinan dapat dilihat pada tabel 5.2

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Perkawinan Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta 17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
1. Tingkat Pendidikan	0. SPK	31	21,5
	1. D3 Keperawatan	107	74,3
	2. S1 Keperawatan	6	4,2
Jumlah		144	100,0
2. Status Perkawinan	0. Belum Menikah	21	14,6
	1. Menikah	123	85,4
Jumlah		144	100,0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat dalam penelitian ini berpendidikan D3 Keperawatan yaitu 74,3% dan menikah yaitu 85,4%.

### 5.1.2 Faktor Organisasi

Hasil penelitian tentang faktor organisasi yaitu kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja dapat dilihat pada tabel 5.3

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kepemimpinan, Struktur Organisasi, Imbalan, dan Desain Kerja yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta 17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Kepemimpinan	Kurang	57	39,6
	Baik	87	60,4
Struktur Organisasi	Kurang	66	45,8
	Baik	78	54,2
Imbalan	Kurang	73	50,7
	Baik	71	49,3
Desain Kerja	Kurang	61	42,4
	Baik	83	57,6

Hasil analisis ditemukan 60,4% perawat mempersepsikan kepemimpinan baik, struktur organisasi baik 54,2% dan desain kerja baik 57,6%, sedangkan imbalan dipersepsikan kurang sebesar 50,7%.

### 5.1.3 Kepatuhan Perawat dalam menerapkan Pedoman *Patient safety*

Hasil penelitian tentang Kepatuhan Perawat dalam menerapkan Pedoman *Patient safety* dapat dilihat pada tabel 5.4

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta 17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Kurang Patuh	38	26,4
	Patuh	106	73,6

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa 73,6% perawat pelaksana patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

## 5.2 Analisis Bivariat

### 5.2.1. Hubungan Faktor Individu dengan Kepatuhan Perawat dalam menerapkan Pedoman *Patient Safety*

Analisis bivariat yang digunakan adalah uji *t independent* untuk variabel usia dan masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* karena jenis datanya numerik dan kategorik. *Chi square test* untuk menganalisis variabel tingkat pendidikan, dan status perkawinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* karena jenis datanya adalah kategorik dan kategorik. Hasil analisis bivariat dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.5

**Tabel 5.5**  
**Hubungan Faktor Individu (Usia dan Lama Kerja) dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta 17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	N	Mean	SD	<i>P value</i>
Usia				
Kurang Patuh	38	34,42	9,196	0,002*
Patuh	106	40,38	10,769	
Jumlah				
Masa kerja				
Kurang Patuh	38	11,71	8,923	0,002*
Patuh	106	17,36	10,801	
Jumlah				

\*Bermakna pada  $\alpha < 0,05$

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan bahwa perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata usia 40,38 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata usia 34,42 tahun. *Uji T Independent* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Didapatkan pula perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman



*patient safety* mempunyai rata – rata masa kerja 17.36 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata masa kerja 11,71 tahun. Uji *T Independent* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

**Tabel 5.6**  
**Hubungan Faktor Individu (Tingkat Pendidikan dan Status Perkawinan)**  
**dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* di**  
**RSAB Harapan Kita Jakarta 17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	Kepatuhan Perawat				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang Patuh		Patuh		N	%		
	N	%	N	%				
Tingkat Pendidikan								0,000*
SPK	25	80,6	6	19,4	31	100,0	1	
D3 Keperawatan	11	10,3	96	89,7	107	100,0	151,118 (14,670-1556,663)	
S1 Keperawatan	2	33,3	4	66,7	6	100,0	6,577 (0,178-243,348)	
Jumlah	38	26,4	10	73,6	144	100,0		
Status Perkawinan			6					0,113
Belum Menikah	9	42,9	12	57,1	21	100,0	2,431	
Menikah	29	23,6	94	76,4	123	100,0	(0,931-6,345)	
Jumlah	38	26,4	10	73,6	144	100,0		
			6					

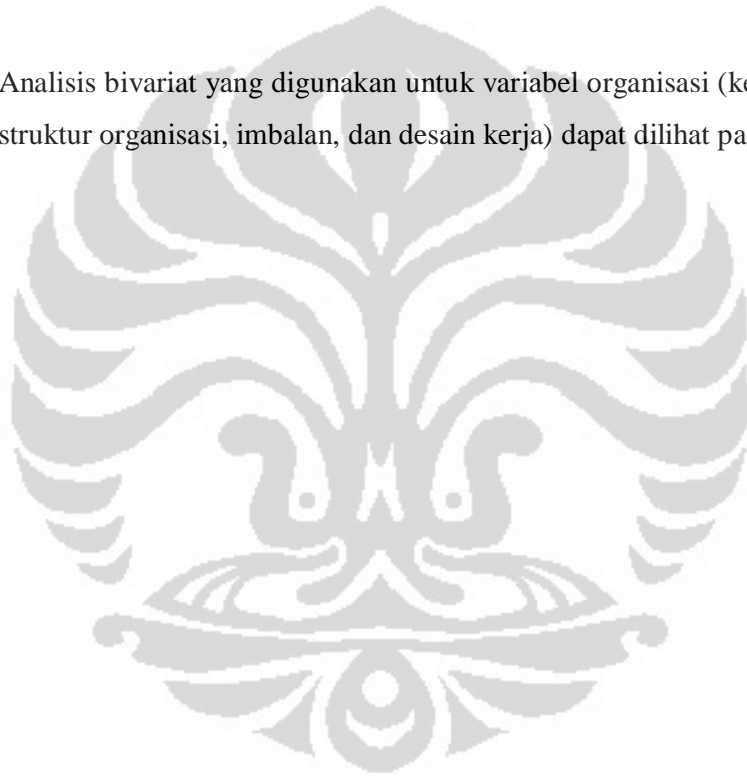
\*Bermakna pada  $\alpha < 0,05$

Berdasarkan tabel 5.6 proporsi perawat dengan pendidikan D3 Keperawatan 89,7% dan S1 Keperawatan 66,7% lebih patuh dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan SPK. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ( $p$  value= 0,000). Hasil analisis diperoleh nilai OR = 151,118 artinya perawat yang berpendidikan D3 Keperawatan lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* 151,118 kali dibandingkan SPK,

sedangkan S1 Keperawatan lebih patuh 6,577 kali dibandingkan dengan pendidikan SPK. Proporsi perawat yang menikah 76,4% lebih patuh dibandingkan dengan perawat yang belum menikah. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ( $p\text{ value} = 0,113$ ). Hasil analisis diperoleh nilai  $OR = 2,431$ .

### **5.2.2. Hubungan Faktor Organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.**

Analisis bivariat yang digunakan untuk variabel organisasi (kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan, dan desain kerja) dapat dilihat pada tabel 5.8.



**Tabel 5.7**  
**Hubungan Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Struktur Organisasi, Imbalan dan Desain Kerja) dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta 17 Mei sampai dengan 1 Juni 2010**

Variabel	Kepatuhan Perawat				Total		OR (95% CI)	P Value
	Kurang Patuh		Patuh		N	%		
	n	%	N	%				
<b>Kepemimpinan</b>								
Kurang	30	52,6	27	47,4	57	100,0	10,972 (4,488-26,824)	0,000*
Baik	8	9,2	79	90,8	87	100,0		
Jumlah	38	26,4	106	73,6	144	100,0		
<b>Struktur Organisasi</b>								
Kurang	32	48,5	34	51,5	66	100,0	11,294 (4,313-29,574)	0,000*
Baik	6	7,7	72	92,3	78	100,0		
Jumlah	38	26,4	106	73,6	144	100,0		
<b>Imbalan</b>								
Kurang	22	30,1	51	69,9	73	100,0	1,483 (0,702-3,134)	0,398
Baik	16	22,5	55	77,5	71	100,0		
Jumlah	38	26,4	106	73,6	144	100,0		
<b>Desain Kerja</b>								
Kurang	35	57,4	26	42,6	61	100,0	35,897 (10,189-126,474)	0,000*
Baik	3	3,6	80	96,4	83	100,0		
Jumlah	38	26,4	106	73,6	144	100,0		

\*Bermakna pada  $\alpha < 0,05$

Berdasarkan tabel 5.7 proporsi persepsi perawat yang baik terhadap kepemimpinan kepala ruang 90,8% lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap kepemimpinan kepala ruang. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ( $p$  value = 0,000). Hasil analisis OR =

10,972, artinya perawat yang mempunyai persepsi yang baik terhadap kepemimpinan kepala ruangan 10,972 kali lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap kepemimpinan kepala ruangan.

Berdasarkan tabel 5.7 proporsi persepsi perawat yang baik terhadap struktur organisasi 92,3% lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap struktur organisasi. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ( $p$  value = 0,000). Hasil analisis OR = 11,294, artinya perawat yang mempunyai persepsi yang baik terhadap struktur organisasi 11,294 kali lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap struktur organisasi.

Berdasarkan tabel 5.7 proporsi persepsi perawat yang baik terhadap imbalan 77,5% lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap imbalan. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ( $p$  value = 0,398).

Berdasarkan tabel 5.7 proporsi persepsi perawat yang baik terhadap desain kerja 96,4% lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap desain kerja. Hasil uji *chi square* menunjukkan  $p$  value = 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ) artinya ada hubungan yang signifikan antara desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil analisis OR = 35,897 artinya perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap desain kerja, 35,897 kali lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi kurang terhadap desain kerja.

### 5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependent serta sub variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Uji yang dilakukan menggunakan uji regresi logistik berganda karena variabel independennya merupakan campuran antara data-data numerik (usia dan masa kerja) dan data-data kategorik (tingkat pendidikan, status perkawinan, kepemimpinan, struktur organisasi, imbalan dan desain kerja) sedangkan variabel dependennya memiliki data kategorik (variabel kepatuhan perawat terhadap penerapan pedoman *patient safety*).

#### 5.3.1 Pemilihan Kandidat Multivariat dengan Analisis bivariat

Pemilihan kandidat multivariat merupakan tahap awal dalam melakukan seleksi variabel faktor individu, faktor organisasi dan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*. Variabel yang mempunyai *p value* < 0,25 dijadikan variabel kandidat untuk uji multivariat. Berikut ini variabel yang masuk dalam kandidat multivariat dapat dilihat pada tabel 5.8

**Tabel 5.8**  
**Hasil Analisis Bivariat Variabel Faktor Individu, Faktor Organisasi dan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* di Instalasi Rawat Inap RSAB Harapan Kita Jakarta**

Variabel / sub variabel	<i>P value</i>
Faktor Individu	
1. Usia	0,002*
2. Tingkat Pendidikan	0,000*
3. Status Perkawinan	0,075*
4. Masa Kerja	0,004*
Faktor Organisasi	
1. Kepemimpinan	0,000*
2. Struktur Organisasi	0,000*
3. Imbalan	0,300
4. Desain Kerja	0,000*

Ket : \* Kandidat yang masuk multivariat

Hasil analisis bivariat pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa hampir seluruh variabel menjadi kandidat dalam uji multivariat karena memiliki  $p$  value  $< 0,25$  (sebanyak 7 variabel). Terdapat satu variabel yang memiliki  $p$  value  $> 0,25$  yaitu imbalan (0,300), sehingga variabel ini bukan menjadi kandidat dalam uji multivariat.

### 5.3.2 Pemodelan Multivariat

Pemodelan ini dilakukan untuk semua kandidat yang mempunyai  $p$  wald  $< 0,25$  secara bersama-sama, tetapi kemudian satu persatu dikeluarkan dari model berdasarkan nilai  $p$  value  $> 0,05$  artinya jika perhitungan statistik ditemukan variabel kandidat yang memiliki  $p$  value  $> 0,05$  maka dikeluarkan dari model.

Hasil analisis model pertama hubungan antara tujuh variabel yang termasuk kandidat (usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, masa kerja, kepemimpinan, struktur organisasi dan desain kerja) dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*, terlihat pada tabel 5.9.

**Tabel 5.9**  
**Hasil Analisis Regresi Logistik (Pertama)**

No	Variabel	B	S.E	P Wald	$p$ Value	OR	95% CI
1.	Usia	0,120	0,109	1,201	0,273	1,127	(0,910-1,397)
2.	Tingkat Pendidikan (1)	5,018	1,190	17,874	0,000	151,118	(14,670-1556,663)
	Tingkat Pendidikan (1)	1,884	1,842	1,045		6,577	(0,178-243,348)
3.	Status Perkawinan	-0,137	1,086	0,016	0,889	0,872	(0,104-7,326)
4.	Masa Kerja	-0,089	0,112	0,626	0,429	0,915	(0,735-1,140)
5.	Kepemimpinan	-1,662	1,362	1,484	0,223	0,190	(0,013-2,752)
6.	Struktur Organisasi	0,735	1,401	0,291	0,589	2,086	(0,144-30,132)
7.	Desain Kerja	5,379	3,507	14,733	0,000	216,800	(13,906-3380,035)

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik pada tabel 5.10, ditemukan beberapa nilai  $p$  ( $p$  value) yang bervariasi, dan sesuai dengan ketentuan, maka akan dikeluarkan variabel-variabel dengan  $p$  value  $> 0,005$ , secara berurutan dimulai dari yang terbesar. Variabel-variabel yang akan dikeluarkan adalah status perkawinan ( $p$  value = 0,889), struktur organisasi ( $p$  value = 0,573), masa kerja ( $p$  value = 0,463), tingkat pendidikan ( $p$  value = 2,44), kepemimpinan ( $p$  value = 0,677) dan usia ( $p$  value = 0,112). Kemudian dilanjutkan dengan pemodelan akhir pada uji multivariat seperti yang terdapat pada tabel 5.10.

**Tabel 5.10**  
**Hasil Analisis Regresi Logistik (Tahap Akhir)**

No	Variabel	B	S.E	<i>P</i> value	OR	95% CI
1	Desain Kerja	3,581	0,643	0,000*	35,897	(10,189-126,474)

\*Bermakna pada  $\alpha < 0,05$

Berdasarkan hasil analisis multivariat dengan enam tahapan menunjukkan bahwa terdapat satu variabel dengan ( $p$  value  $< 0,05$ ) yaitu desain kerja merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan variabel usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, masa kerja, kepemimpinan dan struktur organisasi. Hasil analisis didapatkan OR dari variabel desain kerja adalah 35,897 artinya perawat yang mempunyai persepsi yang baik terhadap desain kerja berpeluang 35,897 kali untuk patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap desain kerja.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini membahas hasil-hasil penelitian yang didapat dan membandingkannya dengan kajian literatur, hasil-hasil penelitian terdahulu serta implikasi penelitian untuk pelayanan dan penelitian. Pembahasan meliputi delapan variabel *independent* (usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, masa kerja, kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, dan desain pekerjaan) dengan variabel *dependent* kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

Interpretasi dan diskusi hasil penelitian dimulai dari pembahasan tentang hubungan variabel independen (usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja) dengan variabel dependen (Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*), dan ditambahkan dengan pembahasan hasil uji multivariat.

##### **6.1.1 Hubungan Faktor Individu (Usia, Tingkat Pendidikan, Status Perkawinan, dan Masa Kerja) dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* di Ruang Rawat Inap RSAB harapan Kita Jakarta.**

###### **6.1.1.1 Hubungan Usia dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Hasil penelitian ini ditemukan bahwa perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata usia 40,38 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata usia 34,42 tahun. Uji T Independent menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.



Robbins (2006) mengemukakan bahwa usia 20 – 40 tahun merupakan tahap dewasa muda. Tahap dewasa muda merupakan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Hal ini diperkuat oleh Masdani dalam Wahjudi (2008) yang mengatakan bahwa dalam tahap ini setiap individu memiliki kemampuan kognitif dan penilaian moral yang lebih kompleks. Terkait kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta, sebagian besar perawat berada pada tahap dimana kemampuan kognitif dan penilaian moral yang maksimal.

Robbins juga mengatakan bahwa semakin bertambah usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, demikian pula psikologis, menunjukkan kematangan jiwa. Usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijaksanaan kematangan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan bertoleransi terhadap pandangan orang lain. Usia tersebut berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Perkembangan ini memungkinkan adanya pemikiran yang terbaik dan penilaian yang tepat bagi perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana merespon stimulasi (Sopiah, 2008). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Hikmah (2008) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan persepsi perawat terhadap staf mengenai *patient safety*.

Peneliti berpendapat bahwa sebagian besar perawat di ruang rawat inap RSAB harapan Kita Jakarta berada pada usia yang produktif artinya pada usia ini memungkinkan perawat dalam masa kedewasaan dan kematangan dan dapat mengaplikasikan semua kompetensi yang dimiliki untuk menerapkan pedoman *patient safety* secara optimal.

#### **6.1.1.2 Hubungan Masa Kerja dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Hasil penelitian ini menemukan bahwa perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata masa kerja 17.36 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata masa kerja 11,71 tahun. *Uji T Independent* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Yusran (2008)) rnengemukakan bahwa ada korelasi positif antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam penerapan *Universal Precautions* di Rumah Sakit. *Universal Precautions* merupakan salah satu penerapan program pedoman *patient safety* yang dapat memberikan dampak bagi keselamatan pasien. Pendapat ini didukung oleh Ellis *et al* (2006) yang mengatakan bahwa perawat harus mempunyai pengalaman kerja yang cukup sehingga dapat mengerti tentang kebutuhan pasien yang spesifik. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Hikmah (2008), yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan persepsi perawat terhadap *patient safety*.

Peneliti berpendapat bahwa rata – rata masa kerja perawat pelaksana 16 tahun termasuk dalam kategori senior, artinya perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta rata-rata memiliki masa kerja yang cukup lama. Hal ini sangat mendukung untuk mencapai kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Masa kerja yang lama akan memberikan pengalaman yang positif terhadap pekerjaannya termasuk kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* akan semakin meningkat. Namun masa kerja yang lama (senior) akan mendapatkan pengalaman yang lebih banyak daripada yang baru (junior).

#### **6.1.1.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Hasil penelitian ini ditemukan bahwa perawat dengan latar belakang pendidikan S1 dan D3 lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan SPK. Secara statistik diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Ridley (2008) yang mengatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hal ini diperkuat oleh Hughes (2008) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat meningkatkan pengetahuan perawat untuk dapat menerapkan pedoman *patient safety*, sehingga dapat menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD).

Yusran (2008) dalam penelitiannya tentang penerapan *universal precaution* menemukan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *universal precautions*. Hal ini diperkuat oleh Cahyono (2008) yang mengatakan bahwa faktor kontribusi yang turut mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah pengetahuan.

Pengetahuan adalah bagian dari proses kognitif seseorang yang dapat ditingkatkan melalui tingkat pendidikan. Hal ini diperkuat oleh Winslow *et al* dalam CHSRF and FCRSS (2005) yang menjelaskan bahwa ada hubungan antara pendidikan keperawatan dengan kebutuhan pasien. Selanjutnya dalam meningkatkan keselamatan pasien perawat harus meningkatkan pendidikan dan kesempatan pelatihan untuk semua aspek keperawatan misalnya *register nurse* dan spesialis keperawatan.

Rawlinson, Rennie & Clark (2001) mengatakan bahwa ada pengaruh antara pendidikan formal dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman dalam pemberian transfusi. Hal ini dapat berdampak bagi keselamatan pasien dan dapat menurunkan angka kejadian tidak diharapkan. Pendidikan dalam keperawatan merupakan dasar yang kuat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Lian., Bryan & Lin (2007) dalam penelitiannya mengatakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi keterampilan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Penelitian ini berbeda dengan penelitian Hikmah (2008) yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan persepsi perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Siagian (1999) mengatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah. Robbins (2001) menyatakan bila taraf pendidikan meningkat maka kemampuan seseorang akan meningkat pula sehingga mempunyai konsekuensi meningkatnya kebutuhan – kebutuhan kompensasi kemampuannya. Dengan kata lain seseorang yang tinggi tingkat pendidikannya cenderung untuk patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Peneliti berpendapat bahwa tingkat pendidikan perawat di RSAB Harapan Kita sebagian besar adalah D III Keperawatan. Dengan tingkat pendidikan yang cukup tinggi, ketrampilan dan pengetahuan perawat juga akan bertambah. Hal ini dapat dilihat bahwa perawat yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi diruangan lebih patuh dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur. Selanjutnya perawat dapat berfikir secara rasional dalam melaksanakan tindakan keperawatan tersebut, sehingga dapat memberikan dampak bagi keselamatan pasien di RSAB harapan Kita Jakarta. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa latar belakang pendidikan mempengaruhi kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

#### **6.1.1.4 Hubungan Status Perkawinan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Penelitian ini ditemukan bahwa proporsi perawat yang menikah lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang belum menikah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada

hubungan antara status pernikahan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat yang telah menikah memiliki tingkat kepatuhan yang baik dalam menerapkan pedoman *patient safety* yaitu sebesar 76,4%. Hal yang sama juga ditemukan bahwa terdapat 57,1% perawat yang belum menikah namun memiliki tingkat kepatuhan yang baik dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Artinya perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta, baik yang telah menikah maupun yang belum menikah, memiliki kepatuhan yang baik dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Robbins & Judge (2008) yang mengatakan bahwa status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya. Karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan hasil pekerjaan daripada teman sekerjanya yang belum menikah. Berbeda dengan hasil penelitian diatas, bahwa status perkawinan tidak berpengaruh terhadap penerapan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

Hasil penelitian ini juga tidak berbeda dengan penelitian Supriatin (2009) yang menemukan ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan perilaku caring perawat.

Peneliti berpendapat bahwa kepatuhan perawat perawat yang sudah menikah ataupun belum menikah tidak jauh berbeda tingkat kepatuhannya dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Perawat menerapkan pedoman *patient safety* kepada pasien yang dirawat sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang sudah diterapkan dari rumah

sakit dan dilakukan dengan budaya kerja yang ada di rumah sakit tersebut.

## **6.1.2 Hubungan Faktor Organisasi (Kepemimpinan, Struktur Organisasi, Imbalan, dan Desain Kerja) dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

### **6.1.2.1 Kepemimpinan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Persepsi perawat yang baik terhadap kepemimpinan kepala ruang lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap kepemimpinan kepala ruang. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil analisis OR = 10,972, artinya perawat yang mempunyai persepsi yang baik terhadap kepemimpinan kepala ruangan 10,972 kali lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap kepemimpinan kepala ruangan.

Penelitian ini didukung oleh Schulke, Joshi, Mastal (2007) yang menemukan bahwa ada hubungan antara *Chief Nursing Officers* (CNO) dengan kepala ruangan di bangsal keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam penerapan pedoman *patient safety*. Didukung juga oleh penelitian Riley (2009) mengatakan bahwa perawat memiliki peran utama dalam kepemimpinan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mencapai kualitas pelayanan keperawatan yang baik di organisasi pelayanan kesehatan. Clancy, Carolyn & Hughes (2005) mengatakan bahwa dukungan manajemen pekerjaan yang baik

kepada perawat secara langsung dapat mempengaruhi hari rawat pasien, *turn over* perawat dan meningkatnya kualitas pelayanan.

Gillies (1994) mengatakan bahwa fungsi manager dalam manajemen keperawatan meliputi: 1) Fungsi perencanaan yaitu membangun tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit; 2) Fungsi pengorganisasian adalah pembagian tugas, koordinasi, kesatuan tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai. Mendistribusikan tugas secara merata pada setiap staf; 3) Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian rencana yang telah diorganisasikan. Menggunakan komunikasi yang efektif karena dengan komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian diantara staff; 4) Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar *patient safety*.

Swanburg (1996) juga menjelaskan tentang beberapa prinsip kepemimpinan yaitu: 1) Mengarahkan yaitu seorang pemimpin harus membuat aturan yang jelas, sehingga perawat dalam melakukan tindakan dapat dilakukan dengan penuh tanggung jawab; 2) Mengawasi, meliputi memeriksa, menilai, dan memperbaiki kinerja pegawai. Artinya seorang pemimpin harus memberikan umpan balik kepada bawahannya baik secara lisan maupun tertulis. Umpan balik merupakan salah satu bentuk evaluasi dalam menilai kinerja staf oleh pimpinan; 3) Mengkoordinasikan, meliputi pertukaran informasi dan mengadakan pertemuan kelompok kerja. Hal ini diperlukan dalam membentuk kerjasama tim (*team work*) agar lebih solid dan terkoordinir. Ketiga kompetensi tersebut diperlukan seorang



pemimpin yang dapat membawa suatu perubahan kearah yang lebih baik untuk menciptakan budaya *patient safety* di rumah sakit.

Yahya (2008) mengatakan bahwa untuk menciptakan perubahan diperlukan transformasional leadership bukan managership. Kepemimpinan transformasional bersifat karismatik, inspiratif, stimulatif, dan penuh pertimbangan. Memberikan contoh kepada bawahan rasa ikut berperan, melukiskan gambaran tentang keberhasilan, menyampaikan tujuan bersama, saling pengertian dan memberikan masa depan yang menarik. Sedangkan managership yaitu menuntut kepatuhan dari bawahan, menentukan sasaran, mendapat persetujuan tentang apa yang akan dicapai, memonitor kinerja dan melaksanakan perbaikan.

Pendapat ini diperkuat oleh Kotter dalam Yahya (2008) yang mengatakan bahwa membangun budaya yang aman dalam bekerja sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi untuk mendengar dan mendukung seluruh anggota tim pelayanan kesehatan. Pimpinan perlu menggerakkan staf untuk mendesain sistem kerja yang baik berdasarkan pada bukti ilmu kesehatan yaitu mengembangkan dan mendukung pelaksanaan pelayanan dalam meningkatkan kemampuan tim kerja dan manajemen resiko; membangun budaya safety dan budaya belajar yang berkesinambungan; memastikan bahwa tugas dilaksanakan berdasarkan pada bukti, pasien dan sistem. Hal ini dapat meminimalkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD).

Peneliti berpendapat bahwa kepemimpinan di RSAB Harapan Kita Jakarta mempunyai kontribusi yang sangat besar terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa perawat manajer mempunyai peranan yang sangat penting dalam penerapan *patient safety*. Selanjutnya dijelaskan pula bahwa membangun budaya yang lebih aman tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan

kemampuan suatu organisasi untuk mendukung seluruh anggota tim pelayanan kesehatan.

#### **6.1.2.2 Struktur Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Penelitian ini ditemukan bahwa proporsi persepsi perawat yang baik terhadap struktur organisasi lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap struktur organisasi. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil analisis OR = 11,294, artinya perawat yang mempunyai persepsi yang baik terhadap struktur organisasi 11,294 kali lebih patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap struktur organisasi. Namun demikian, dari beberapa responden yang memiliki persepsi yang kurang baik terhadap struktur organisasi, terdapat 51,5% yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Marquis & Huston (2000) mengatakan bahwa struktur organisasi merupakan cara suatu kelompok dibentuk, garis komunikasi, dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan. Artinya bahwa dengan adanya struktur organisasi yang baik, akan mendukung staf untuk semakin patuh dalam melaksanakan pekerjaannya terutama dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Struktur organisasi dimaksud mengandung suatu garis komando dan sistem komunikasi yang baik untuk saling memberikan informasi terkait bidang tugas dari masing-masing bagian. Hal ini didukung oleh Winslow *et al*, (2005) dimana dalam penelitiannya menemukan bahwa struktur organisasi merupakan faktor yang berhubungan erat

dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*. Hughes (2008) menjelaskan bahwa kualitas dan keselamatan perawatan yang terkait dengan berbagai faktor dalam sistem, organisasi, dan lingkungan kerja merupakan hal yang mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien. Yahya (2008) mengatakan bahwa struktur organisasi unit atau tim keselamatan pasien di rumah sakit sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien.

Peneliti berpendapat bahwa sistem organisasi di RSAB Harapan Kita Jakarta telah terstruktur dengan baik, sehingga garis komando dan garis koordinasi antar tiap bidang dapat terlaksana dengan baik. Dengan adanya struktur organisasi yang baik tersebut dapat mendukung kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*.

### **6.1.2.3 Imbalan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Penelitian ini ditemukan bahwa dalam menerapkan pedoman *patient safety*, tidak dipengaruhi oleh persepsi perawat terhadap imbalan dalam pekerjaan. Terbukti bahwa perawat yang mempunyai persepsi yang baik terhadap imbalan ditemukan 77,3% yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* dan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap imbalan dalam bekerja, terdapat 69,9% yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Hal ini berbeda dengan penelitian Nelson and Plost (2007) yang mengemukakan bahwa perawat yang menerima imbalan (rewards) akan lebih patuh dalam bekerja di ruang intensif care unit yaitu

sebesar 90%. Hal ini juga berbeda dengan teori Hasibuan (2007), yang mengatakan bahwa imbalan atau kompensasi mengandung makna pembayaran atau imbalan baik langsung maupun tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil dari kinerja. Pemberian imbalan tidak selalu dalam bentuk uang, sebab bentuk materil ini suatu saat akan sampai pada titik jenuh. Manajer keperawatan harus memperhatikan imbalan non materil misalnya suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan kreativitas, syarat kerja yang tidak terlalu ketat dan kondisi kerja yang lebih manusiawi.

Hasil wawancara dengan bagian Kasie Keperawatan mengatakan bahwa perawat mendapatkan insentif yang diberikan berdasarkan jenjang pendidikan, lama kerja, banyaknya dinas sore atau malam, jasa keperawatan perbulan, THR untuk anak sekolah, uang ulang tahun RS per tahun, perumahan, poli karyawan ruang perawatan untuk anak dan bunda. Beberapa fasilitas tersebut telah memenuhi kebutuhan perawat.

Masih ditemukan 50,7% responden yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap imbalan. Dengan berjalannya waktu kedepan hal ini dimungkinkan dapat mempengaruhi kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Menurut peneliti sebagian besar perawat dengan status kepegawaian PNS yang sudah mempunyai skala gaji yang tetap sesuai dengan UU no 43 Tahun 1999 pasal 7 tentang sistem penggajian PNS. Hal ini sangat layak didapatkan oleh perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta, namun disisi lain perawat masih belum merasakan adil karena tidak sesuai dengan masing – masing kinerja perawat. Jika diukur dari materi hal ini tidak terlepas dari sifat manusia yang tidak pernah puas terhadap apa yang didapatkan. Secara imateri diharapkan pengakuan terhadap yang berprestasi, meningkatkan promosi

jabatan, kesempatan pengembangan karir, pendidikan dan pelatihan, serta pujian dari pihak manager keperawatan maupun rumah sakit akan dapat meningkatkan motivasi dalam kepatuhan perawat menerapkan pedoman *patient safety*.

#### **6.1.2.4 Desain Pekerjaan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety***

Penelitian ini menemukan bahwa jika perawat mempunyai persepsi yang baik terhadap desain kerja, maka perawat akan patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan pula bahwa desain kerja merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Hal ini didukung oleh penelitian yang dikemukakan oleh Wakefield (2008) yang mengatakan bahwa desain kerja dapat mempengaruhi perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan lainnya, tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas dan dituntut agar membuahkan hasil (Gybson, Ivancevich & Donnely, 1997). Desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan pada manajer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Loh & Gelinas (2004) mengatakan bahwa ada hubungan antara desain kerja dengan penerapan *patient safety* di rumah sakit.

Menurut peneliti, sejumlah 96,4% yang mempunyai persepsi baik dan patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* tersebut memiliki suatu pandangan yang baik dalam pekerjaan sehari-hari.

Desain kerja tersebut dapat diaplikasikan dengan baik sehingga akan semakin meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta mempunyai desain kerja yang mencakup ikhtisar pekerjaan, hasil kerja, pelaksanaan tugas yang meliputi uraian tugas, tanggung jawab, wewenang dan persyaratan jabatan. Pada dasarnya perawat di RSAB sudah melaksanakan desain kerja dengan baik. Namun khusus untuk uraian tugas perlu dievaluasi karena perawat masih mempunyai persepsi yang kurang. Secara umum perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap desain kerja namun patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* sebesar 42,6%. Kelompok ini tidak mepedulikan baik buruknya desain dalam pekerjaan. Bagi mereka, keselamatan pasien adalah hal yang paling penting dalam bekerja, sehingga tidak perlu terpaku pada desain kerja. Apapun desain kerjanya, yang penting adalah keselamatan pasien.

## **6.2 Keterbatasan Dalam Penelitian**

### **6.2.1 Hetrogenitas Ruang**

Dalam penelitian ini, ditemukan adanya heterogenitas ruangan, sehingga dalam penelitian ini, peneliti hanya membatasinya pada ruangan yang memenuhi kriteria inklusi saja.

## **6.3 Implikasi Hasil Penelitian**

### **6.3.1 Implikasi penelitian terhadap Pelayanan Keperawatan**

Penelitian ini diharapkan berdampak positif dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan khususnya dalam rangka upaya meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Penelitian ini didapatkan bahwa ada hubungan antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Dampak bagi pelayanan keperawatan yaitu perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta semakin meningkatnya usia maka meningkat pula kebijaksanaan dan kematangan dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan bertoleransi terhadap pandangan orang lain, dan kepatuhan perawat akan semakin meningkat. Usia tersebut berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan dan maturitas perawat di RSAB harapan Kita Jakarta. Semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Perkembangan ini memungkinkan adanya kemampuan perawat untuk menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Peran kepala ruangan dalam menerapkan pedoman *patient safety* pada perawat yang masih berusia muda diharapkan untuk dapat diberikan pelatihan tentang pedoman *patient safety*. Sehingga hal ini dapat membantu meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Aspek masa kerja ditemukan terdapat hubungan antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hal ini dapat memberikan dampak bagi pelayanan keperawatan yaitu masa kerja yang lama bagi perawat di RSAB Harapan Kita Jakarta akan memberikan pengalaman yang positif terhadap pekerjaannya termasuk kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat yang masih junior diharapkan untuk tetap belajar secara berkelanjutan dengan cara mengikuti pendidikan nonformal dalam pemahaman yang lebih baik tentang penerapan pedoman *patient safety*.

Aspek yang ketiga yaitu ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Dampak bagi pelayanan keperawatan yaitu dengan tingkat pendidikan yang cukup tinggi, ketrampilan dan pengetahuan perawat juga akan bertambah. Dari hasil penelitian didapat bahwa perawat yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi diruangan lebih patuh dalam melakukan tindakan keperawatan. Perawat dapat berfikir secara rasional dalam melaksanakan tindakan keperawatan, sehingga dapat memberikan dampak bagi keselamatan pasien di RSAB harapan Kita Jakarta. Hasil penelitian ini merekomendasikan agar perawat yang masih berpendidikan SPK diberi kesempatan untuk melanjutkan studi ke jenjang yang lebih tinggi.

Aspek pertama dari faktor organisasi yaitu kepemimpinan. Dari hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara kepemimpinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hal ini dapat memberikan dampak bagi pelayanan keperawatan yaitu meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*. Perawat manajer mempunyai peranan penting dalam penerapan *patient safety*. Membangun budaya yang lebih aman tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan suatu organisasi untuk mendukung seluruh anggota tim pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pemimpin diharapkan memiliki prinsip kepemimpinan *transformational leadership* bukan *managership*.

Aspek kedua dari faktor organisasi adalah struktur organisasi. Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hal ini dapat memberikan kontribusi bagi pelayanan keperawatan. Struktur organisasi yang telah ditetapkan akan mempengaruhi kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* karena didalam struktur organisasi tersebut telah dijabarkan tentang tugas dan



wewenang yang jelas, aturan yang jelas, dan prosedur teknis yang tepat. Struktur organisasi menggambarkan garis komando, garis kewenangan, dan garis koordinasi dalam sebuah organisasi untuk memberikan arah dalam melakukan tugas. Kualitas dan keselamatan perawatan yang terkait dengan berbagai faktor dalam sistem, organisasi, dan lingkungan kerja merupakan hal yang mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien.

Aspek ketiga dari faktor organisasi yaitu imbalan. Hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Didapatkan juga persepsi perawat terhadap imbalan masih kurang. Pemberian penghargaan kepada perawat yang berprestasi, ramah dan patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* belum dilakukan oleh pihak pimpinan. Untuk menumbuhkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* hendaknya diperhatikan baik imbalan secara nonfinansial. Pemberian kompensasi yang baik akan mendorong karyawan untuk bekerja lebih patuh.

Faktor yang terakhir adalah desain kerja. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Desain kerja yang baik akan memberikan petunjuk bagi perawat dalam bekerja terutama dalam mengaplikasikan pedoman *patient safety*. Dengan demikian, diharapkan manajer keperawatan dapat melakukan evaluasi baik secara langsung maupun tidak langsung untuk membahas desain kerja masing – masing perawat dalam meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Keselamatan pasien sebagai suatu sistem diharapkan perawat patuh dalam memberikan asuhan kepada pasien lebih aman dan mencegah cedera akibat kesalahan karena melakukan tindakan atau tidak

melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Desain kerja merupakan hal yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Pada waktu orientasi perawat baru perlu mengenalkan pedoman *patient safety*. Perawat pelaksana mendapatkan pemahaman umum tentang manajemen risiko klinis dan keselamatan pasien rumah sakit. Memahami cara pelaksanaan sembilan langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Serta memahami standar keselamatan pasien rumah sakit. Memahami persiapan akreditasi pelayanan keselamatan pasien rumah sakit. Memahami dan dapat mengaplikasikan instrumen manajemen risiko dalam menganalisis insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

### **6.3.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan**

Diharapkan bahwa hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai landasan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan serta pengembangan ilmu keperawatan. Dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* untuk mengembangkan ilmu keperawatan, terutama dalam praktik manajemen keperawatan.

### **6.3.3 Bagi Penelitian**

Diharapkan dapat menjadi rujukan bagi peneliti selanjutnya untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan kesimpulan dari hasil penelitian dan saran – saran:

#### 7.1 Simpulan

Hasil analisis dan pembahasan didapatkan bahwa kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 7.1.1 Sebagian besar perawat patuh dalam menerapkan *patient safety*. Hal ini menunjukkan kepedulian perawat terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 7.1.2 Perawat pelaksana di rumah sakit sebagian besar sudah menikah dan berpendidikan  $\geq$  D3 Keperawatan, usia perawat pada rentang usia produktif, rata-rata masa kerja perawat adalah 15,8 tahun yang tergolong dalam kategori senior. Hal ini menunjukkan rentang umur produktif dan memiliki pengalaman yang cukup terhadap pekerjaan, sehingga mempunyai semangat tinggi untuk mencapai prestasi dan meningkatkan produktifitas kerja.
- 7.1.3 Persepsi perawat pelaksana terhadap kepemimpinan kepala ruang, struktur organisasi dan desain kerja baik, sedangkan persepsi perawat pelaksana terhadap imbalan di ruangan masih dirasakan kurang.
- 7.1.4 Terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Penambahan umur perawat dapat meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.
- 7.1.5 Terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di

RSAB Harapan Kita Jakarta. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi (D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan) menjadi lebih patuh dibandingkan yang berpendidikan rendah. Hal ini merefleksikan pengetahuan tentang pentingnya keselamatan pasien di RSAB Harapan Kita Jakarta.

- 7.1.6 Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 7.1.7 Terdapat hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Perawat yang mempunyai masa kerja yang lama akan memberikan pengalaman yang positif terhadap pekerjaannya termasuk kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* akan semakin meningkat.
- 7.1.8 Terdapat hubungan yang bermakna antara kepemimpinan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta. Perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap kepemimpinan lebih patuh dari pada perawat yang mempunyai persepsi yang kurang terhadap kepemimpinan. Hal ini menunjukkan bahwa perawat manajer mempunyai peran yang sangat penting dalam melaksanakan atau mengaplikasikan program keselamatan pasien.
- 7.1.9 Tidak terdapat hubungan antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.
- 7.1.10 Terdapat hubungan yang bermakna antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

7.1.11 Terdapat hubungan yang bermakna antara desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta.

7.1.12 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RSAB Harapan Kita Jakarta yaitu desain kerja.

## **7.2 Saran**

### **7.2.1 Pihak Manajemen Rumah Sakit**

7.2.1.1 Membuat dukungan dan kebijakan untuk pembuatan SOP pedoman *patient safety*.

7.2.1.2 Meningkatkan insentif non finansial dengan meningkatkan jenjang pendidikan keperawatan.

### **7.2.2 Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan**

7.2.2.1 Memberikan reward atau penghargaan secara tertulis dalam rangka meningkatkan motivasi perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

7.2.2.2 Melakukan pertemuan secara berkala untuk mengevaluasi desain kerja perawat pelaksana dalam meningkatkan kepatuhan perawat pelaksana.

7.2.2.3 Membuat daftar urutan tenaga keperawatan yang akan mengikuti pendidikan berkelanjutan, pelatihan atau seminar – seminar sebagai bentuk peningkatan pengetahuan terhadap staff keperawatan.

7.2.2.4 Sistem perekrutan tenaga baru, wajib memperhatikan pengetahuan perawat baru tentang *patient safety*.

7.2.2.5 Mengembangkan program monitoring dan evaluasi dalam bentuk supervisi kepala ruangan kepada perawat pelaksana

tentang kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* terutama pada perawat yang berusia muda, masa kerja yang baru dan tingkat pendidikan yang rendah.

7.2.2.6 Menginisiasi program *patient safety* secara proaktif yang memacu terwujudnya budaya kerja berorientasi pada keselamatan pasien.

7.2.2.7 Memberikan penghargaan dalam bentuk non finansial untuk meningkatkan motivasi perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

7.2.2.8 Mengadakan bimbingan dan pelatihan secara bertahap bagi perawat yang masih mempunyai masa kerja yang pendek dalam hal penerapan pedoman *patient safety* di rumah sakit.

7.2.2.9 Memasukkan materi *patient safety* pada program orientasi bagi perawat baru dan mengadakan penyegaran tentang *patient safety* bagi perawat yang telah lama bekerja.

### **7.2.3 Bagi perawat pelaksana disarankan:**

7.2.3.1 Perawat pelaksana hendaknya menambah pengetahuannya tentang keselamatan pasien baik melalui pendidikan berkelanjutan maupun melalui pelatihan atau seminar.

7.2.3.2 Mengaplikasikan instrumen manajemen risiko dalam menganalisis insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

### **7.2.4 Bagi peneliti selanjutnya disarankan:**

Perlu penelitian lebih lanjut tentang penerapan pedoman *patient safety* yang di lihat dari berbagai aspek yang belum dikaji pada penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T., A. (2006). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. (ed-2). Penerbit Universitas Indonesia
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- American Psychological Association. 2001. *Publication Manual*. (5ed). Washington DC.
- Burns, N., & Grove., K, S. (2001). *The Practice of Nursing Research*. (4ed). Saunders Company. Texas.
- Burch, D ett al. (2008). The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of Nursing Management* 16(5): 614-22. Juni 10, 2010. [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=638&accno=2009962280](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=638&accno=2009962280)
- Clancy, M., Carolyn, M., Hughes, G.,R. (2005).Working Conditions that Support Patient Safety. *The Nurs Care Quality*. 20 (4): 289 – 292.
- Cahyono, B., S., B.,J. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktek Kedokteran*. Cetakan ke-5. Kanisius
- De, W. D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C., & Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *American Journal of Critical Care (AM J CRIT CARE)*, 19(3): 230-9
- DepKes-R.I. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient safety)*. Jakarta.
- Diane, L., H. (1996). *Leadership and Nursing Care Management* (3<sup>th</sup>). United States of America.

- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*.
- Ellis et al.. (2006) *Staffing for safety: A Synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*. Ottawa, Ontario.
- Gandi et al. (2003). Patient Safety Leadership Walk Rounds. Joint Commision *Journal on Quality and Safety*. 29 (1), 16-26
- Farid, W., H. (2009). *Pengembangan Rumah Sakit sebagai BLU dan Patient safety*. Direktur Jendral Bina Pelayanan Medik. **Error! Hyperlink reference not valid..** Diperoleh tanggal 29 Januari 2010.
- Gillies, A., D (1994). *Manajemen Keperawatan Sebagai Suatu Pendekatan Sistem*. (3th ed.), W.B Saunders Company, Philadelphia, USA
- Gybson, J., L (1997) *Organisasi; Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga.
- Gybson, Ivancevich., & Donnely. (1997). *Organizations. Behaviour* (9th ed). United States of America
- Gybson, Ivancevich., & Donnelly. (1996). *Perilaku Organisasi*. (ed-5). PT Gelora Aksara Pratama
- Gillies, D., A. (1994). *Manajemen Keperawatan Sebagai Suatu Pendekatan Sistem*. Edisi 3. Philadelphia : W.B Saunders Company
- Hasibuan, S., P. (2007). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. (Edisi Revisi). Jakarta : Bumi Aksara
- Hastono, S., P. (2007). *Analisis Data Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*. Diklat. Tidak Dipublikasikan
- Hikmah, S. (2008). *Persepsi Satf mengenai "Patient Safety" di Instalasi Rawat Darurat (IRD) RSUP Fatmawati. Program Sarjana. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Tidak Dipublikasikan.



- Hughes, G., H. (2008). *Patient safety and Quality: an Evidence Based Handbook for Nurse*. <http://www.proquest.com>, diperoleh 17 Februari 2010
- Huber, D., L. (2006). *Leadership and Nursing Care Management*, Thirt Edition. Philadelphia: Saunders
- Hamid., S, Y, A. (2007). *Buku Ajar Riset Keperawatan*. Edisi 2. Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Ivancevich., & Matteson. (1999), *Organizational Behaviour and Management*. (5<sup>th</sup> ed). McGraw-Hill Companies. Singapore.
- Ivancevich, M., H. Konopaske., & Matteson, T., M. (2006). *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Jilid 2. Erlangga.
- James, C., J., W., & Peter, R. (1996). *Improving compliance with international environmental law*. (1<sup>th</sup> ed), London
- JCI. (2007). *Meting the international patient safety goals*. USA
- Kusmayati., Y. (2004). *Hubungan Fungsi Manajemen dengan Kepatuhan Perawatan Pelaksana dalam upaya pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Perawatan Bedah RSUP Fatmawati Jakarta*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Tidak dipublikasikan.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient safety Incident Report)*. (ed-2). Jakarta
- KNEPK. (2007). *Buku Pedoman Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan*
- Lumenta, A., N. (2008). *Pedoman Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis di RSAB Harapan Kita Jakarta*.
- Loh DY, Gelinas LS. (2004). The Effect of Workforce Issues on Patient Safety. *Nursing Economic*. ISSN: 0746-1739, 22 (5). 266-72.

- Liang, A., Bryan, Lin., L. (2007). Addressing the Nursing Work Environment Promote Patient Safety. *Nursing Forum*. ISSN: 0029-6473, 42 (1), pp. 20-30
- Mee et al. (2006). Patient Safety Survey Report. *Nursing*. ISSN: 0360-4039. 36 (5). 54-63.
- Marquis, B., L., & Houston, C.J (2000) *Leadership roles and management function in nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Maryam, D. (2009). *Hubungan Antara Penerapan Tindakan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Pasien di IRNA Bedah dan Irna Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Thesis. Program Pascasarjana. FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Nelson, P., D, Plost, G. (2007). Empowering Critical Care Nurses to Improve Compliance with Protocols in The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 16. 153-156. <http://www.ajconline.org>. Diperoleh Febuari 9, 2010.
- Notoatmojo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oak. (1992). *How to develop obedience: Character booklet 2*. Illinois: Institute in Basic life Principles.
- Polit, D., F., & Hungler, B.,P (1999). *Nursing research: Principles and Methods*. (6<sup>th</sup>). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit., F., D., & Beck, T., C. (2004). *Canadian Essential of Nursing Research*. Lippincott Williams & Wilkins
- Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia. (2008)
- Pedoman Teknis Penulisan Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (2008)

- Rawlinson, S., Rennie, L., Clark, P. (2001). Effect of a formal education programme on safety of transfusions. *British Medical Journal*. (International edition). London. 323(7321) 1118
- Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku Organisasi*, Edisi 12, Jakarta: Salemba Empat
- Robbins, P., S. (2001). *Perilaku Organisasi*. (Alih Bahasa: Pujatmaka H). Edisi 8. Jakarta
- Riley, W. (2009). High reliability and implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Management*. 17(2): 238-46. Juni 16, 2010. [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=638&accno=2010249552](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=638&accno=2010249552)
- Ridley., T., R. The Relationship Between Nurse Education Level and Patient Safety: An Integrative Review. *Journal of Nursing Educations*. Juni 17, 2010. [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=227&accno=209885996](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=227&accno=209885996)
- Supriatin, E. (2009). *Hubungan Faktor Individu dan Organisasi dengan Perilaku Caring Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung*. Thesis Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan FIK-UI. Tidak di Publikasikan.
- Sahelangi., M., H., U. (2004). Thesis *Analisa Hubungan Variabel Individu, Organisasi dan Faktor Psikologis dengan Kesalahan Pemberian Obat yang dilakukan Perawat di Rumah Sakit X Tahun 2004*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Tidak Dipublikasikan.
- Schulke, K., Joshi, M., Mastal, MF. (2007). Nursing leadership: championing quality and patient safety in the boardroom. *Nursing Economic\$,* 25(6): 323-31. Juni 15, 2010. [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=374&accno=2009756254](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=374&accno=2009756254)
- Siagian, S., P. (1999). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta. Bumi Aksara
- Sopiah. (2009). *Perilaku Organisasional*. Penerbit Andi Yogyakarta

- SVMH. (2006). *Patient Safety – Nursing’s Top Priority. Salinas Valley Memorial Healthcare System.*
- Swanburg, R. C. (1999). *Introductory management and Leadership for nurses. (2<sup>nd</sup> ed).* Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Unarajan, D. (2003). *Manajemen Disiplin.* Jakarta : PT Grasindo
- Undang – Undang Republik Indonesia. (2003). *Sistem Pendidikan Nasional.* No.20. <http://www.inherent-dikti.net/files/sisdiknas.pdf>. Diperoleh Juni 22, 2010
- Undang – Undang Republik Indonesia No 43. (1999). Perubahan atas Undang – Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok – Pokok Kepegawaian. [http://www.batan.go.id/prod\\_hukum/extern/uu\\_43\\_1999.pdf](http://www.batan.go.id/prod_hukum/extern/uu_43_1999.pdf). Diperoleh Juli 10, 2010
- Wakefield, K.,M. The Quality Chasm Series: Implcatons for Nursing. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handook for Nurses.* P.1-19.
- Wahjudi., N. (2008) *Keperawatan Gerontik dan Pediatrik.* Edisi 3. Jakarta. EGC
- Wiyardi., M. (2005). *Pengaruh kinerja dan imbalan terhadap kepuasan kerja pegawai pada Rumah Sakit Islam Jakarta Timur,* Thesis. Program Pascasarjana. FISIP-UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- WHO. (2005) *(World alliance for patient safety and WHO Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): A summary cleans hands).* [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety). Diperoleh tanggal 7 Februari 2010.
- WHO. (2007). *European Regional Patients for Patient safety Workshop.* DK-2100 Copenhagen: Denmark. [http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient\\_Safety\\_Dub\\_Rep.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient_Safety_Dub_Rep.pdf). Diperoleh tanggal 8 Februari 2010.
- WHO. (2007). *Patient Safety Solutions Preamble.*

- WHO. (2010). *Collaborating with WHO*. International Nursing Conference. Cebu City.
- Winslow et al. (2006). *Staffing for Safety: a Synthesis of the Evidence on Nurse Staffing and Patient Safety*. Canadian Health Services Research Foundation and Foundation Canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. (Vol.1). Surabaya : Airlangga University Press
- Winardi. (2004). *Manajemen Perilaku Organisasi*. Penerbit Prenada Media, Jakarta
- Yanmed Depkes RI. (2008). *Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan*.
- Yusran, M. (2008). *Kepatuhan Penerapan Prinsip – Prinsip Pencegahan Infeksi (Universal Precautin) pada Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Muluk Bandar Lampung*. Program Studi Pendidikan Doktor Universitas Lampung.
- Yahya, A., A. (2008). *Patient Safety is a Key Component of Risk Managemengent*. *Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis RSAB Harapan Kita Jakarta*, 1 - 3 April 2008.

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji  
Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 13 Juli 2010

Pembimbing I

**Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App., Sc., PhD**

Pembimbing II

**Mustikasari, SKp., MARS**



*Selamat Datang*

13 Juli 2010

Christina Anugrahini

1



PEDOMAN *PATIENT SAFETY*  
DI RSAB HARAPAN KITA  
JAKARTA



# PENDAHULUAN

**Latar  
Belakang**

# Rumusan Masalah

Bagaimana Hubungan Faktor Individu & Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman Patient Safety?

**Umum**

Menjelaskan Hubungan Faktor Individu & Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman Patient Safety

**Khusus**

- Kepatuhan
- Faktor Individu
- Faktor Organisasi
- Faktor Individu & Organisasi dengan Kepatuhan

# Manfaat Penelitian

**Pelayanan Kesehatan atau Keperawatan**

Pengembangan RS →  
tetap eksis  
Pengembangan SDM  
keperawatan

**Perkembangan ilmu**

Meningkatkan kualitas  
lulusan

**Peneliti Selanjutnya**

Mengembangkan  
penelitian serupa agar  
smakin membumi

# TINJAUAN PUSTAKA

Kepatuhan Perawat terhadap *Patient Safety*

Faktor Individu

Faktor Organisasi

# Kerangka Konsep, Hipotesis, DO



# Hipotesis penelitian

- Ada hub fc individu vs kepatuhan
  - Ada hub fc organisasi vs kepatuhan
- 
- Ada hub usia, tingkat pddk, masa kerja, status pernikahan, kepemimpinan, imbalan, SO, desain kerja, vs kepatuhan

# METODOLOGI

Inklusi

Eksklusi

Bersedia menjadi responden  
Memahami *patient safety*

Perawat  
Cuti Sakit  
Cuti kerja  
Tugas belajar



# PROSEDUR TEKHNIS PENGUMPULAN DATA

Uji Validitas & Reliabilitas 30 Orang (RSUP Persahabatan)



R. Melati, R. Mawar, R. Menur, R. Kenanga, R. Cempaka, R. Laat,  
R. Tanjung, R. Teratai, R. Angrek, R. Gambir, R. Kantil R. Wduri

# Analisa Data

**Kepatuhan, Usia, Tingkat Pendidikan,  
Masa Kerja, Status Perkawinan,  
Kepemimpinan, Imbalan,  
Struktur Organisasi, Desain Kerja**

A

**Univariat**

**Uji T Independen, Chi Square**

B

**Bivariat**

**Melihat beberapa v independen vs v dependen**

C

**Multivariat**

# Metode

- **Metode Penelitian**

- **Sampel (144 org)**

**Kuantitatif dengan *Cross Sectional***

**Sampel: Seluruh Perawat di Ruang Rawat Inap RSAB Harapan Kita Jakarta**

**2 Minggu  
22 S/d 30  
Mei 2010**

- **Waktu Penelitian**

- **Tempat Penelitian**

# HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN



Distribusi Responden Menurut Umur dan Masa Kerja  
Perawat Pelaksana di RSAB Harapan Kita Jakarta  
22 Mei – 30 Mei (n: 144)

No	Variabel	Mean Median	SD	Min- Max	95 % CI
1.	Usia	38,81 36,00	10,676	23 56	37,05-40,56
2.	Masa Kerja	15,87 13,00	10,606	1 31	14,12- 17,62

# HUBUNGAN USIA DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*

Variabel	N	Mean	SD	<i>P value</i>
Usia				
Kurang Patuh	38	34,42	9,196	0,002*
Patuh	106	40,38	10,769	

# USIA

*p value = 0,002*

Pendukung:

Robbins (2006): Dewasa Muda → Kematangan

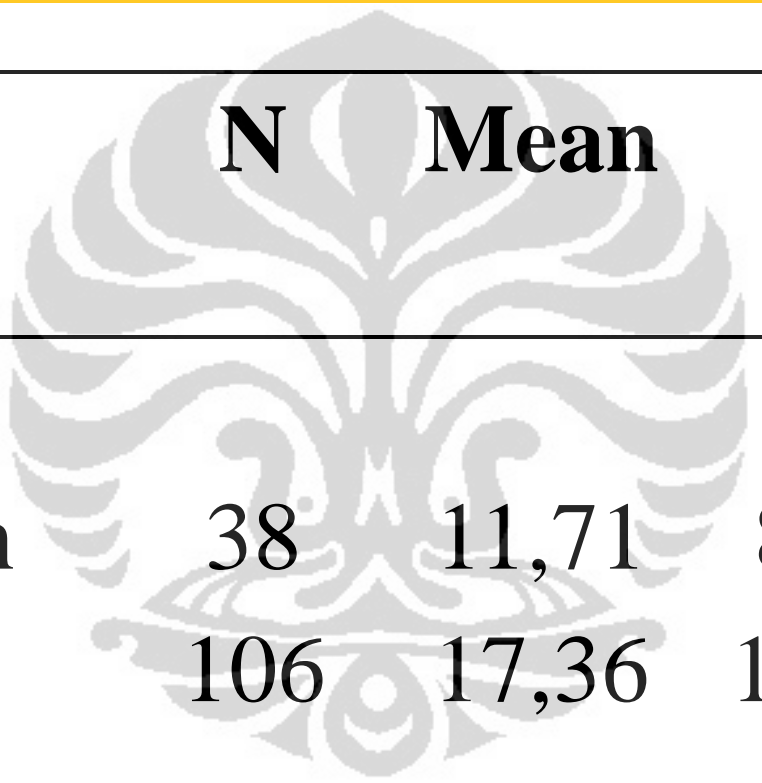
Masdani dalam Wahjudi (2008): Kemampuan Kognitif & Penilaian Moral yg > kompleks.

Sopiah (2008): Kemampuan utk bekerja

Pendapat Peneliti

Masa Kedewasaan & Kematangan, mengaplikasikan kompetensi yg dimiliki,  
→ Lebih Patuh dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

# HUBUNGAN MASA KERJA DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*



<b>Variabel</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b><i>P</i> value</b>
Masa kerja				
Kurang Patuh	38	11,71	8,923	0,002*
Patuh	106	17,36	10,801	



## MASA KERJA

*p value: 0,002*

## MEMBANTAH:

Hikmah (2008)

## PENDUKUNG:

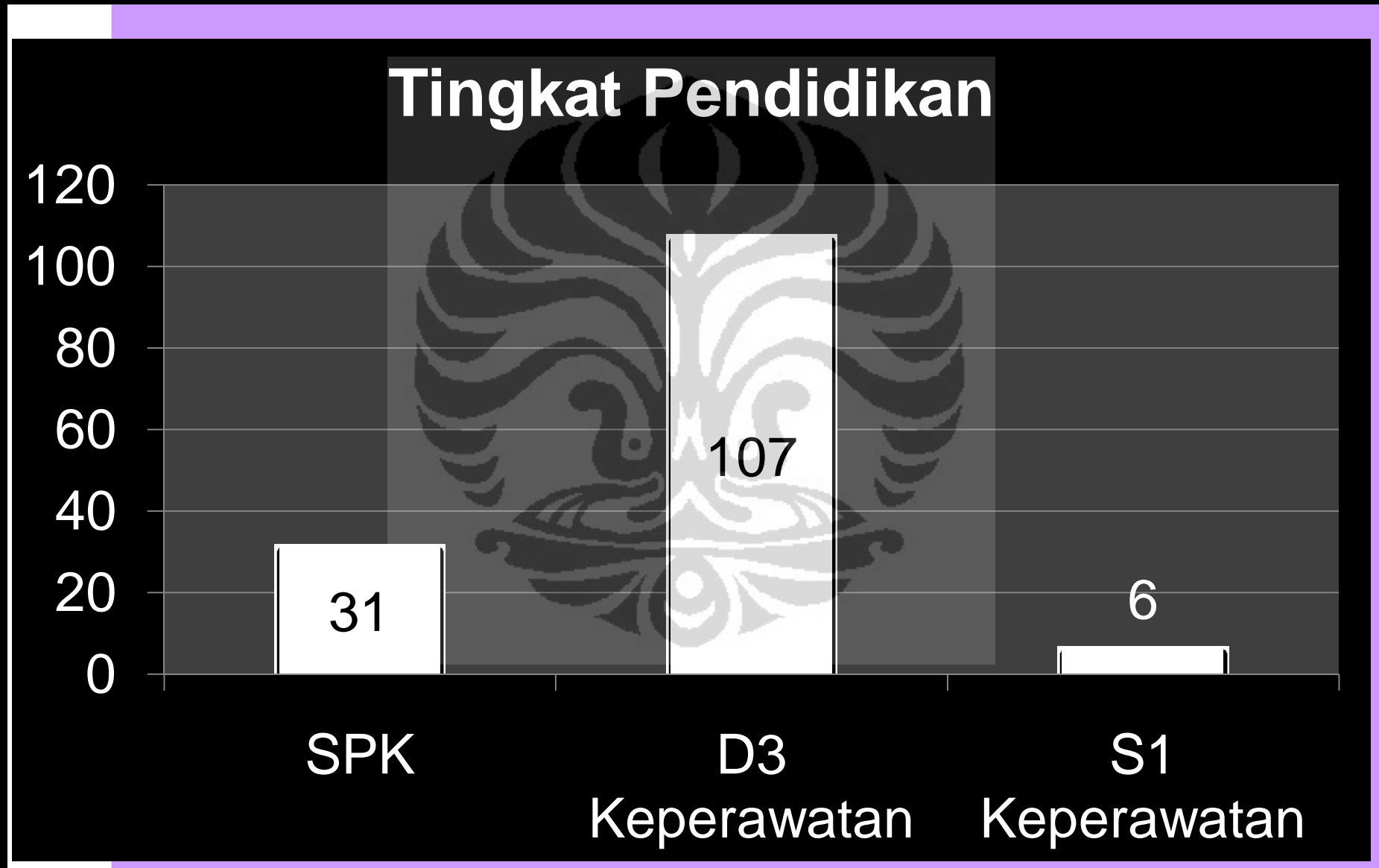
Yusran (2008) & WHO(2007):  
Korelasi Positif antara MK dgn  
Kepatuhan → Universal  
Precaution.

Ellis et al (2006): Pengalaman  
kerja cukup → kebutuhan  
pasien

## ASUMSI PENELITI

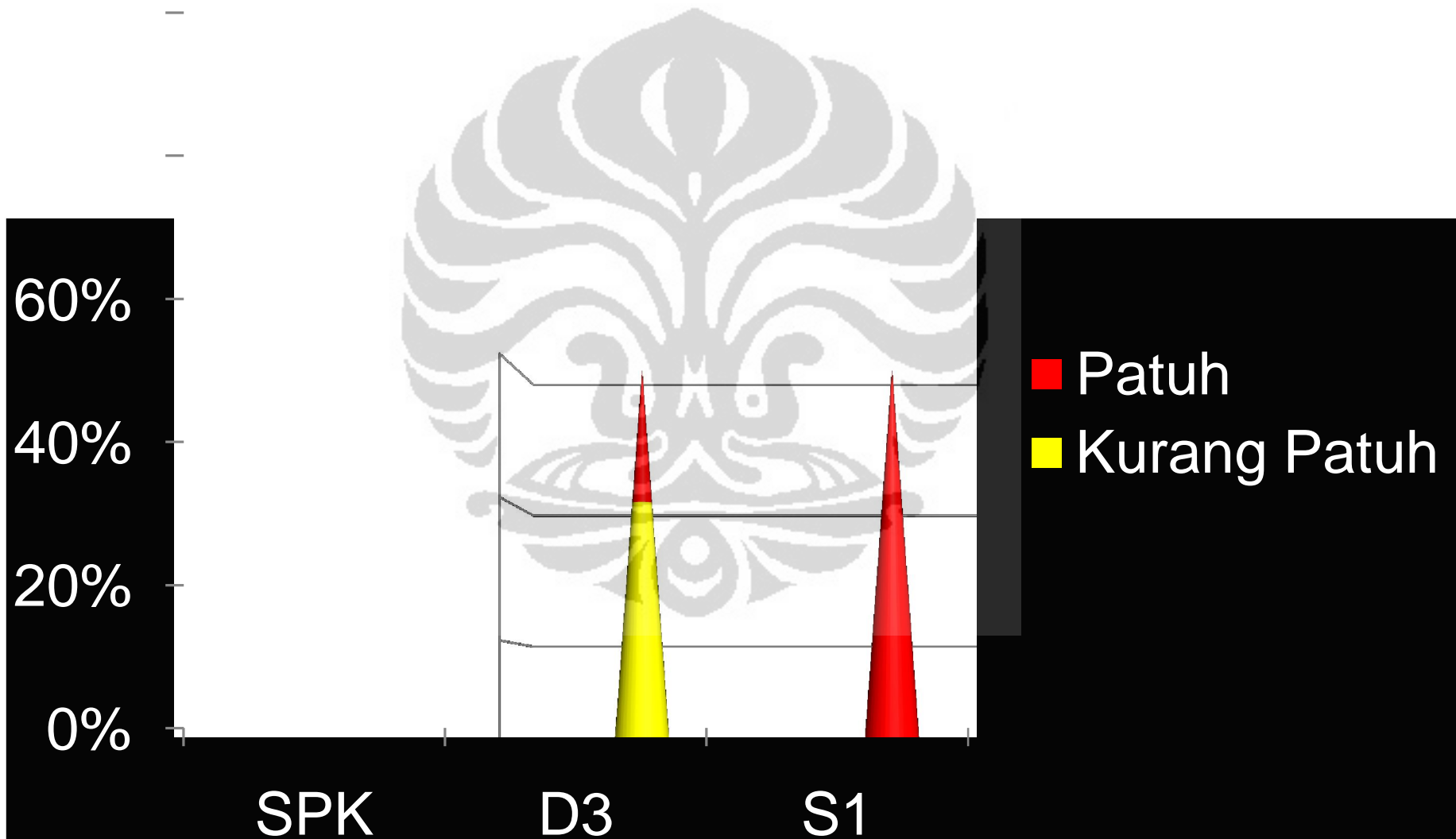
Pengalaman yang  
lama akan  
memberikan dampak  
yang positif bagi  
perawat dalam  
menerapkan  
pedoman *patient  
safety*

# DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN



# HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*

(*p value*: 0,000\*) OR: 36,364



# TINGKAT PENDIDIKAN

## PENDUKUNG:

Rawlinson, Rennie & Clark (2001);  
pengaruh pendidikan dgn kepatuhan.  
Winslow et al: Hub pendidikan dgn  
keselamatan pasien.

Ridley (2008)

Hughes (2008): tingkat pendidikan →  
meningkatkan kepatuhan

Yusran (2008): Pengetahuan dengan Kepatuhan  
→ universal precaution.

Cahyono (2008): meningkatkan tingkat  
pendidikan menurunkan KTD

Lian, Bryan & Lin (2007) tingkat pendidikan yg  
tinggi mempengaruhi keterampilan

Siagian (1999)

Robbins (2001): taraf pendidikan meningkat  
maka kemampuan meningkat

## MEMBANTAH: Hikmah (2008)

## PENDAPAT PENELTI:

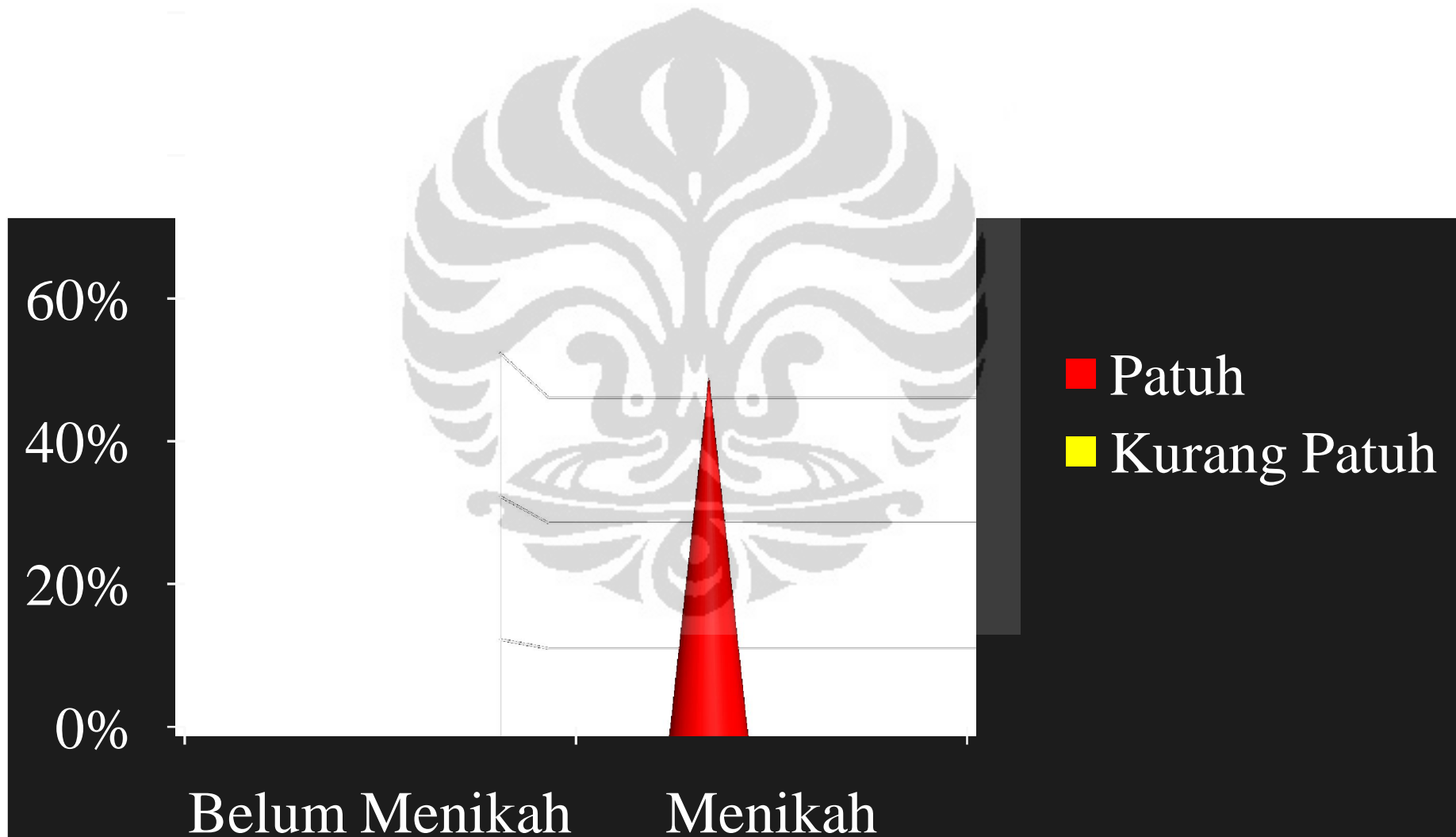
Tingkat pendidikan pwt di  
RSAB dapat ↑ pengetahuan  
dan kepatuhan perawat dlm  
menerapkan pedoman *patient  
safety*.

# DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN

## STATUS PERNIKAHAN



HUBUNGAN STATUS PERNIKAHAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT  
DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*  
(*P value*: 0,113), OR:2,431



# STATUS PERNIKAHAN

## MENDUKUNG:

Supriatin (2009): tdk  
ada hub Status  
Perkawinan dgn  
perilaku

## MEMBANTAH:

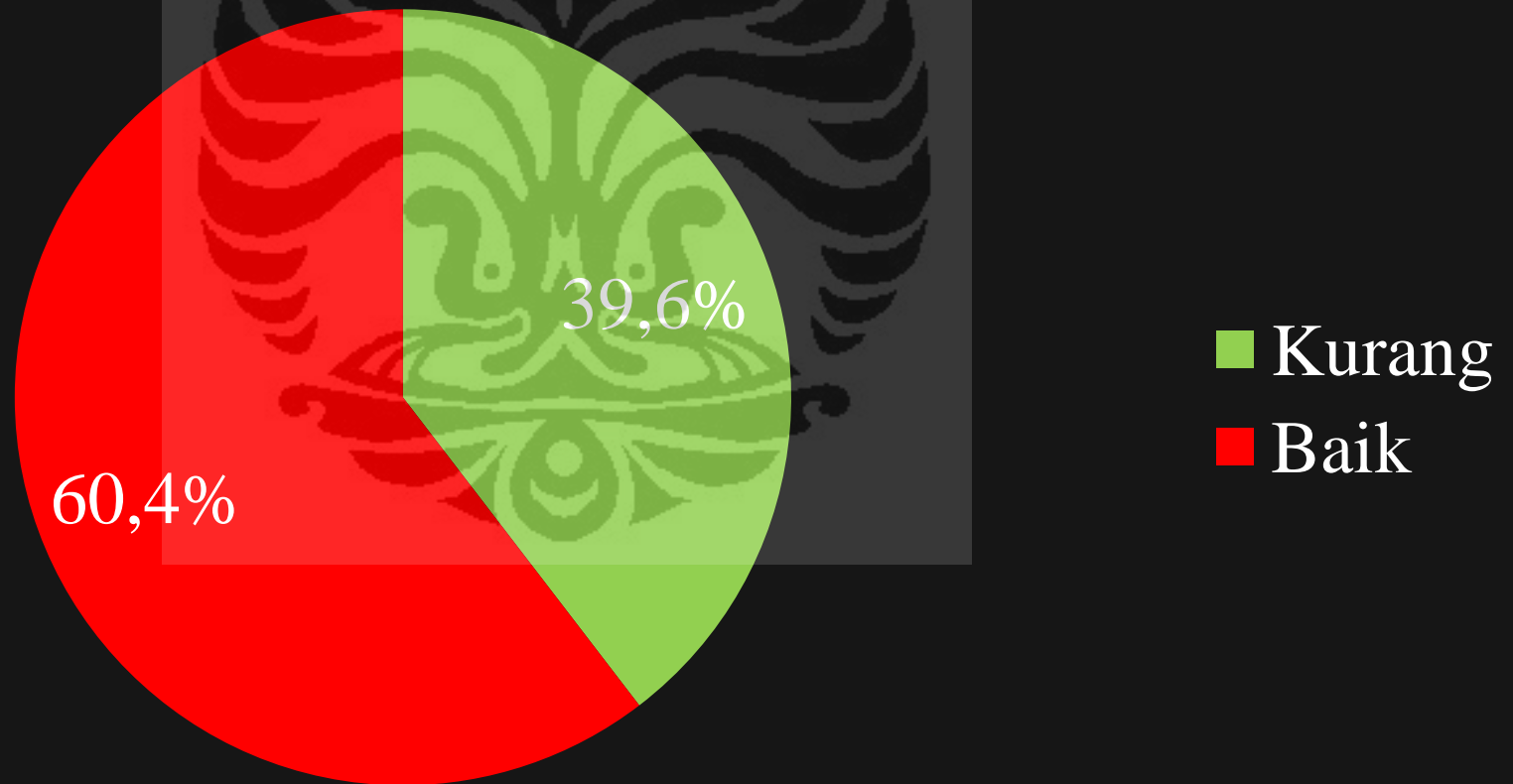
Robbins & Jugde  
(2008): Lebih  
bertanggung  
jawab.

## PENDAPAT PENELITI

Perawat menerapkan  
pedoman *patient  
safety* sesuai dengan  
budaya kerja yg ada  
di RS

# DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN

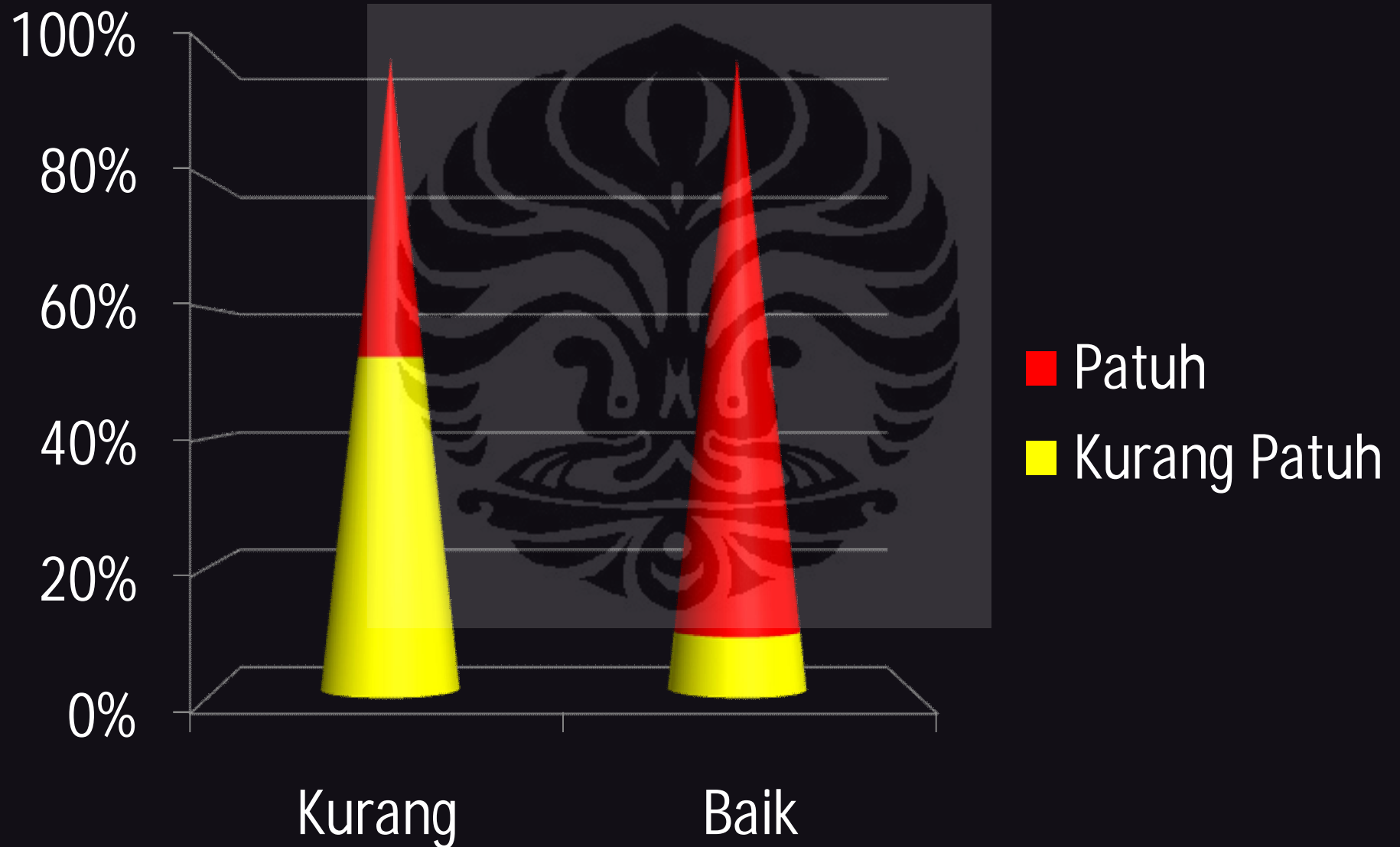
## KEPEMIMPINAN





# HUBUNGAN KEPEMIMPINAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*

(*p value*: 0,000\*) OR: 10,972



# KEPMIMPINAN

## PENDUKUNG:

Schulke, Joshi, Mastal (2007): Hub Kepala ruang dgn kualitas pelayanan pedoman patient safety.

Riley (2009): Kepala Ruang sbg peran utama dalam ↑ meningkatkan PS

Clancy, Carolyn & Hughes (2005): ↑ kualitas pelayanan

Gilies (1994): 4 Fungsi manager

Swanburg (2000): Prinsip Kepemimpinan.

Yahya (2008): transformasional leadership bkn managership.

Kotter dalam Yahya (2008): membangun budaya aman → kepemimpinan yg kuat.

## Pendapat Peneliti:

Peran Kepala Ruang di RSAB sangat berkontribusi terhadap kepatuhan perawat dlm PS

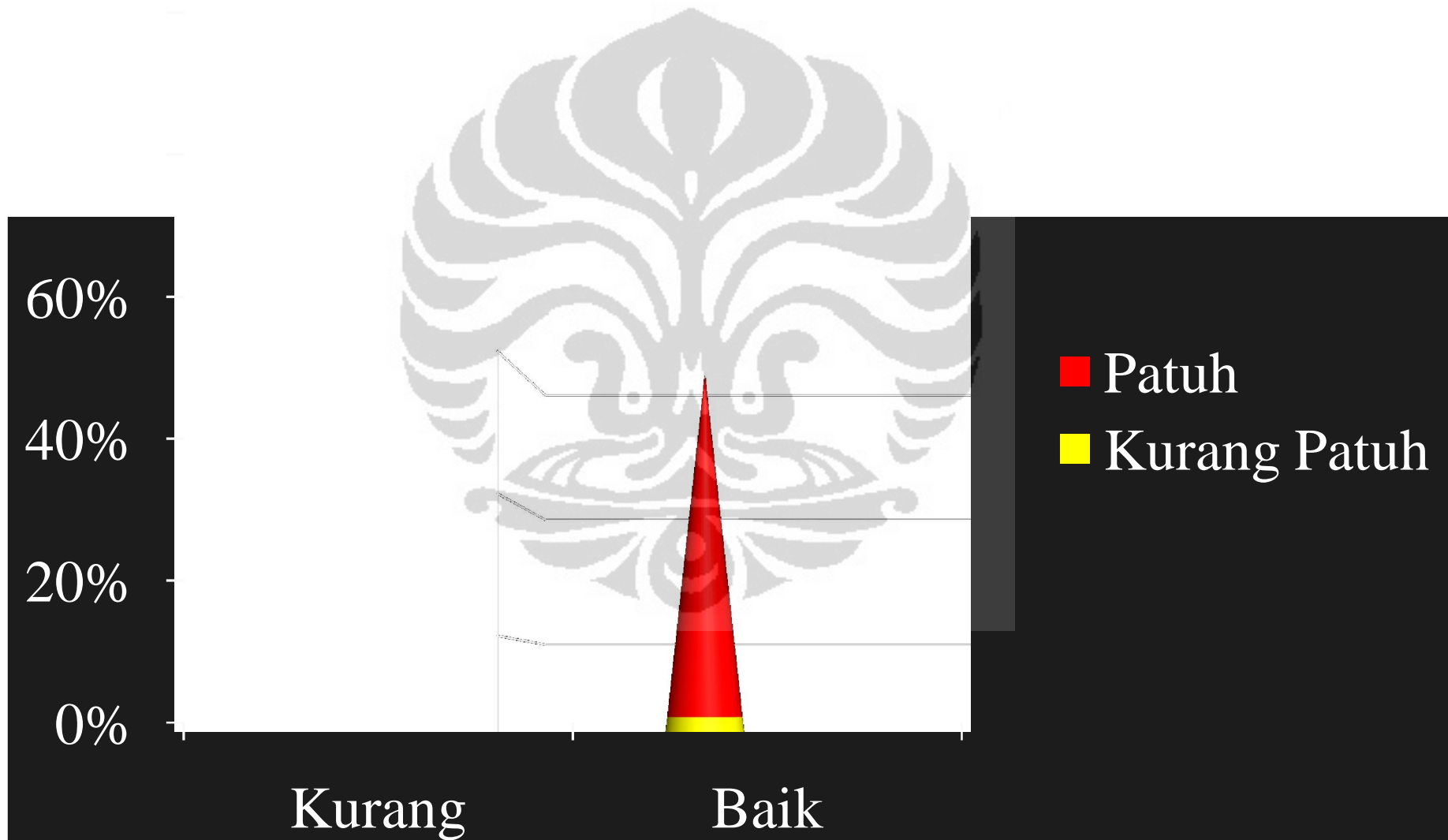
# DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN

## STRUKTUR ORGANISASI



# HUBUNGAN STRUKTUR ORGANISASI KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*

(p value: 0,000\*) OR: 11,294



# STRUKTUR ORGANISASI

Pendukung

Marquis & Huston (2000):  
Garis komunikasi, keputusan  
Winslow et al (2005):

Hub

Hughes (2008):

Hub thd kualitas PS

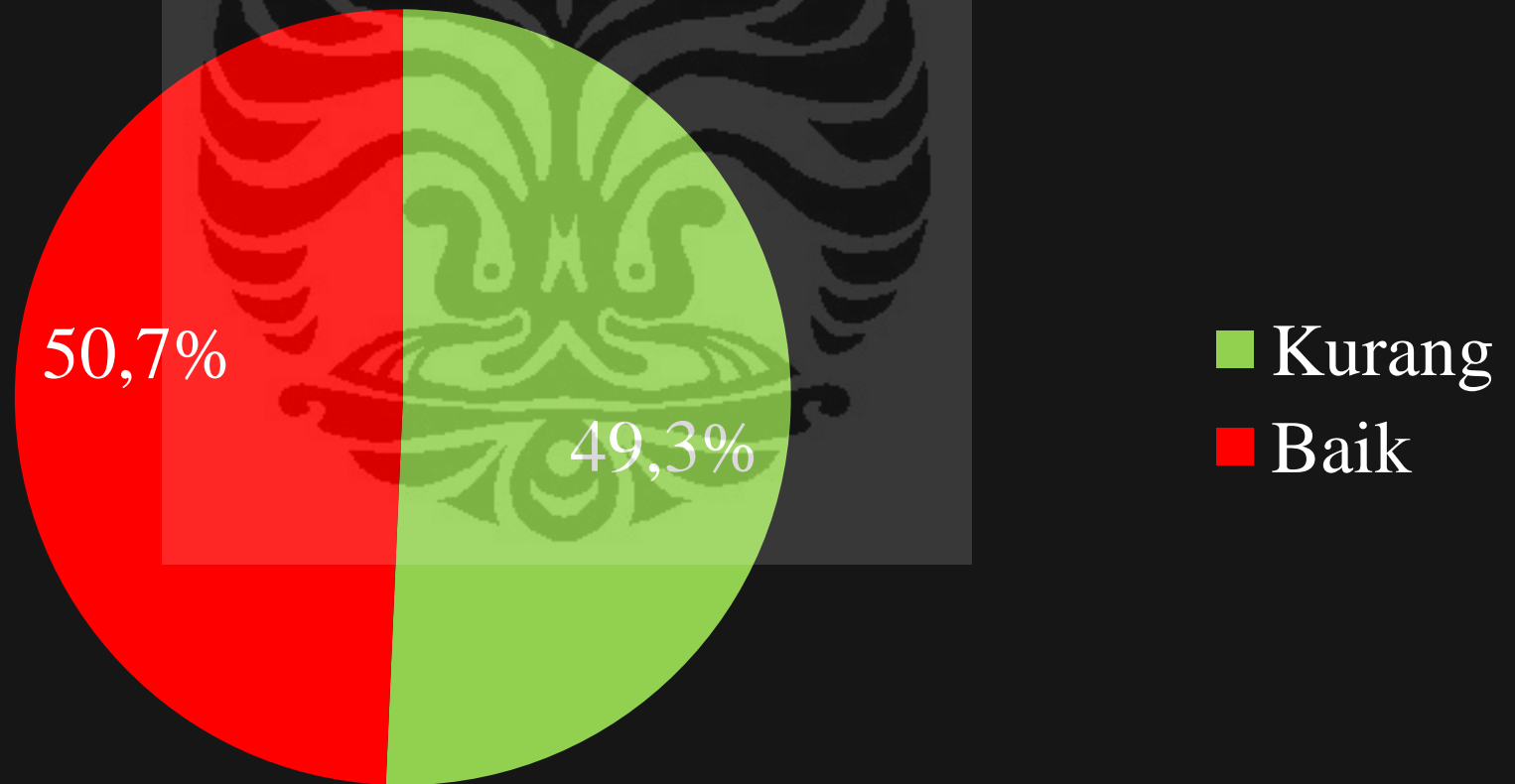
Yahya (2008): Hub thd PS

Pendapat Peneliti

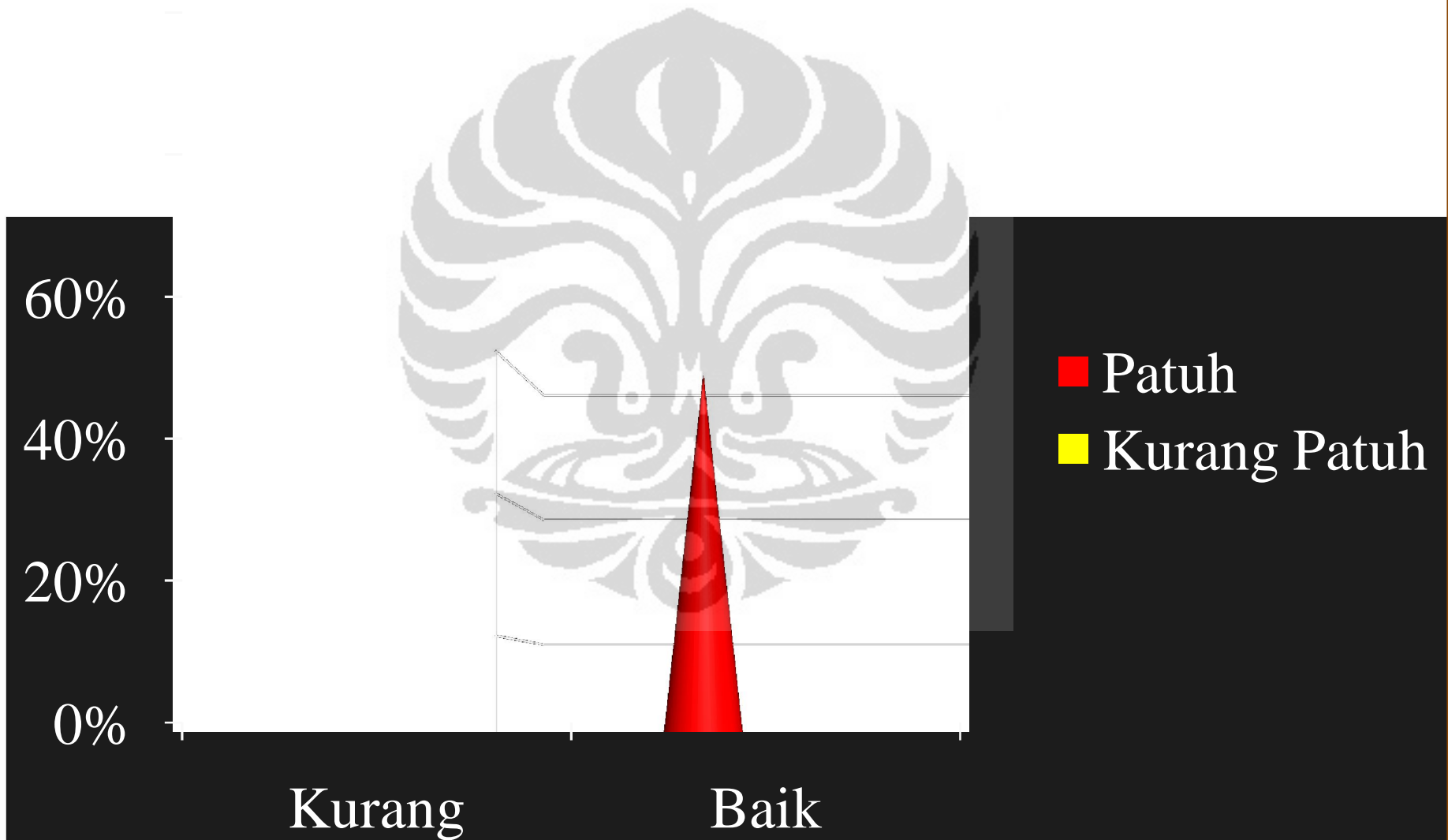
Struktur Organisasi sgt berperan terhadap kepatuhan perawat dlm menerapkan patient safety

# DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN

## IMBALAN



HUBUNGAN IMBALAN DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM  
MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*  
(p value: 0,398) OR:1,483



# *IMBALAN*

**MEMBANTAH: Nelson & Plots (2007): 90% perawat yg menerima imbalan patuh dalam bekerja.  
Hasibuan (2007): Imbalan → Kinerja.**

## **PENDAPAT PENELITI:**

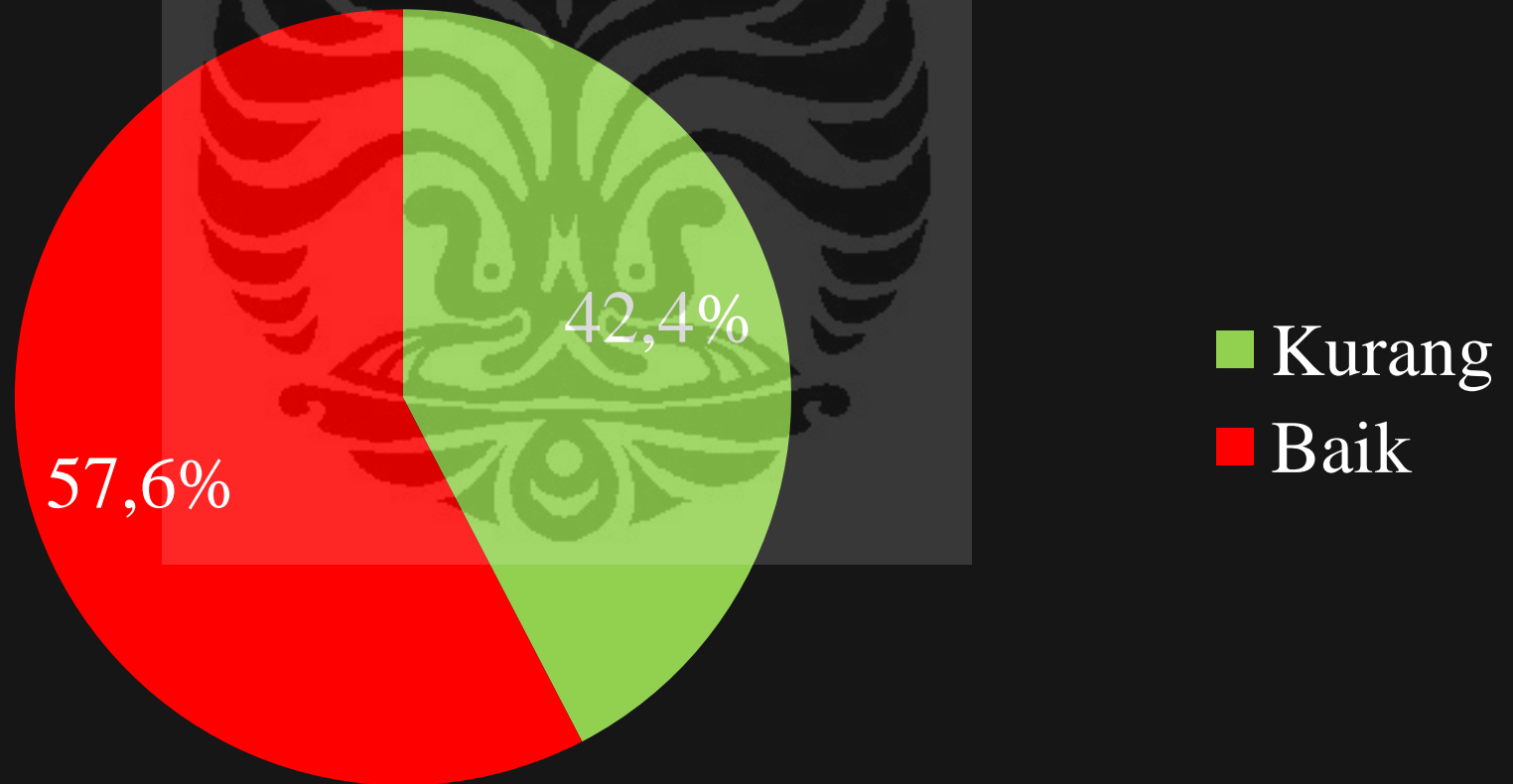
**Materi: PNS**

**Imateri: pengakuan thd yg berprestasi, promosi jabatan, Kesempatan pengembgn karir, penddkn & pelatihan, Pujian dari atasan ↗ motivasi & kepatuhan pwt dlm PS**



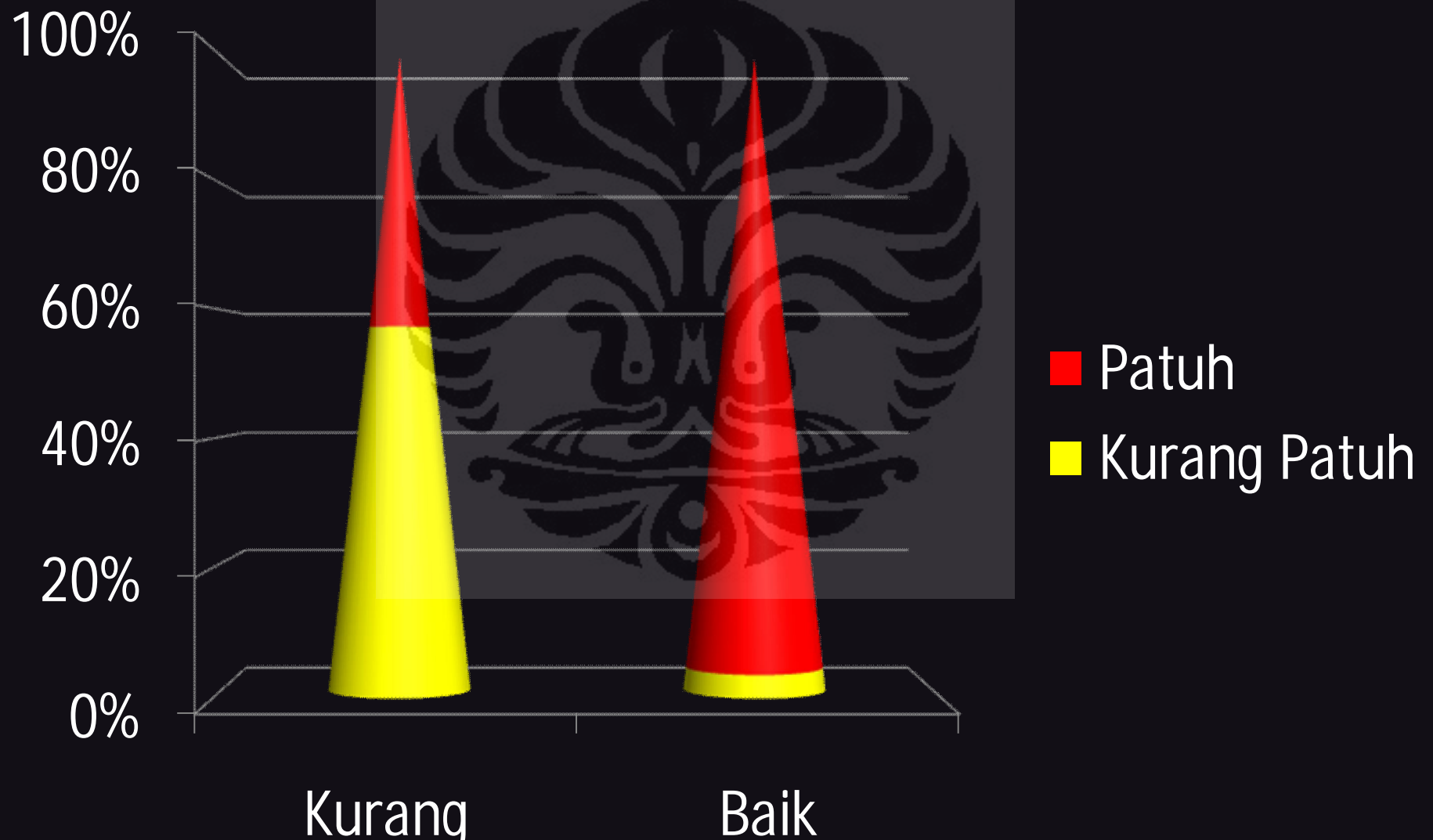
# DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN

## DESAIN KERJA



# HUBUNGAN DESAIN KERJA DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY*

(*P value*: 0,000\*) OR:0,000



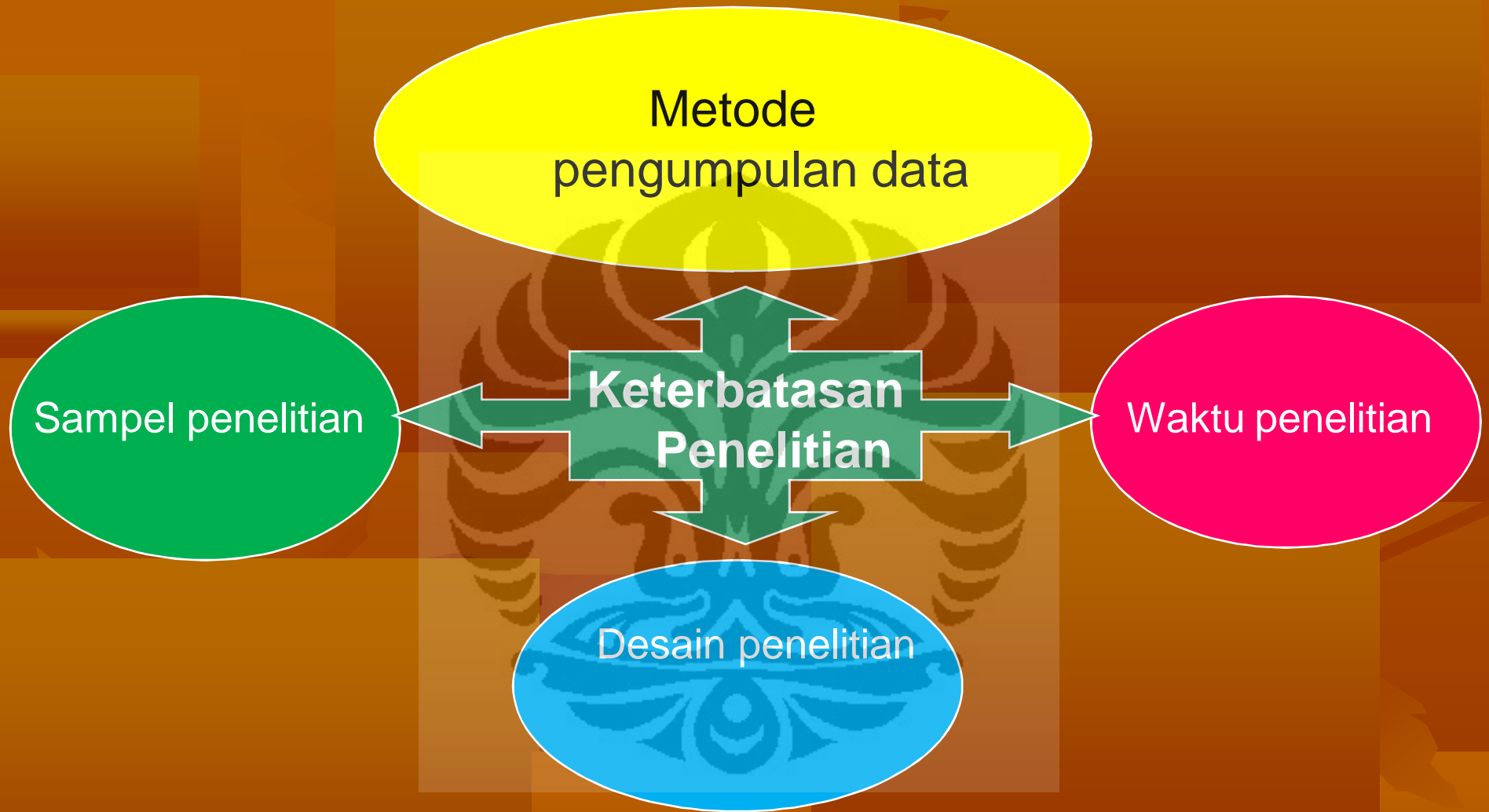
# DESAIN KERJA

## PENDUKUNG:

Wakefield (2008); Hub Loh & Gelinas; Hub Gybson, Ivancevich & Donnelly (1997): Cakupan Kedalaman & tujuan.

## PENDAPAT PENELITI

Perawat di RSAB mempunyai Desain Kerja yang mencakup iktisar pekerjaan, hasil kerja, uraian tugas, tanggung jawab, wewenang & persyaratan jabatan perlu dipertahankan dan dievaluasi.



# Keperawatan

1. Usia
2. Tingkat Pendidikan
3. Status Pernikahan
4. Masa Kerja
5. Kepemimpinan
6. Struktur Organisasi
7. Imbalan
8. Desain Kerja

Kepatuhan perawat dlm menerapkan pedoman *patient safety*

**PELAYANAN**

- 
- 
- 
1. Usia
  2. Tingkat Pendidikan
  3. Status Pernikahan
  4. Masa Kerja
  5. Kepemimpinan
  6. Struktur Organisasi
  7. Imbalan
  8. Desain Kerja

Kepatuhan perawat  
dlm Menerapkan  
Pedoman *Patient  
safety* di RSAB  
Harapan Kita  
Jakarta

# SARAN

## PIHAK MANAJEMEN RS

- 1 Dukungan & Kebijakan Pembuatan SOP Pedoman *Patient Safety*
- 2 Meningkatkan insentif non finansial dengan jenjang pendidikan keperawatan ↗

# SARAN

## BIDANG KEPERAWATAN & KOMITE

1

Meningkatkan penilaian kepatuhan perawat dengan berdasarkan uraian tugas yang jelas, memberi reward & penghargaan yg jelas.

2

Pertemuan secara berkala → evaluasi desain kerja

3

Membuat daftar urutan tenaga keperawatan → pendidikan berkelanjutan

4

Sistem Perekrutan tenaga baru

5

Mengembangkan Program Monitoring & Evaluasi



# SARAN

## BIDANG KEPERAWATAN & KOMITE

- 6 Menginisiasi program *patient safety* secara proaktif
- 7 Meningkatkan penghargaan baik dalam bentuk finansial maupun non finansial
- 8 Mengadakan bimbingan dan Pelatihan secara bertahap bagi perawat yang masa kerjanya pendek.

# SARAN

## Lanjutan

- 9 Memasukan materi *patient safety* pd program orientasi bagi perawat baru
- 10 Menggunakan, membuat & atau memodifikasi instrument penilaian kepatuhan pedoman penerapan *patient safety* dgn disesuaikan dgn kondisi di RSAB Harapan Kita Jakarta.

# SARAN

Perawat  
Pelaksana

Institusi  
Pendidikan

Peneliti  
Selanjutnya

**"To err is human"**

**Kesalahan adalah Manusiawai**

**(Cahyono, 2008)**



